

# FICHE DE LIAISON 2023

JOINDRE COPIES  
VACCINS AVEC  
NOM et  
PRÉNOM - Merci

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES  
POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DE LA STRUCTURE.

## 1 – RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Nom et Prénom du représentant légal  
(parent 1) :  
.....

Adresse postale :  
.....  
.....

Adresse électronique :  
.....

Tel. Domicile : .....

Tel. Travail parent 1 : .....

Tel. Portable parent 1 : .....

Nom et adresse de l'entreprise de travail  
parent 1 :  
.....  
.....

Nom et Prénom (parent 2) :  
.....

Adresse postale :  
.....  
.....

Adresse électronique :  
.....

Tel. Domicile : .....

Tel. Travail parent 2 : .....

Tel. Portable parent 2 : .....

Nom et adresse de l'entreprise de travail  
parent 2 :  
.....  
.....

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M./ Mme : .....

Tel. : .....

M./ Mme : .....

Tel. : .....

## 2 – MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel. du cabinet : .....

## 3 – VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations dans les cas suivants :

- Nouvel enfant
- Enfant de 6 ans où le rappel de vaccin sera effectué.

## **4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui      non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Un Projet d'accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ?      oui      non

**Si oui, joindre le justificatif dans « Document à transmettre »**

**ALLERGIES :** ASTHME oui non  
MEDICAMENTEUSES oui non  
ALIMENTAIRES oui non  
AUTRES : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :**

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....  
.....

## **VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION D'EDUCATIONDE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH) ?**

oui      non

## **6 – RECOMMANDATIONS UTILES**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES.... OU A-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date:

Je certifie exactes les informations saisies dans ce formulaire.