

FICHE DE LIAISON

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 de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

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'EDUCATION DE 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.