

# 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 : .....

Adresse postale : .....

Adresse électronique : .....@.....

Tel. Domicile : ...../...../...../...../.....

Tel. Travail papa : ...../...../...../...../.....

Tel. Travail maman : ...../...../...../...../.....

Tel. Portable papa : ...../...../...../...../.....

Tel. Portable maman : ...../...../...../...../.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail papa :  
.....

Nom et adresse de l'entreprise de travail maman :  
.....

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

M./ Mme : .....

Tel. : ...../...../...../...../.....

## 2 – MEDECIN

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

Adresse : .....

Tel. du cabinet : .....

## 3 – SECURITE SOCIALE

N° de SS :         Adresse du centre payeur : .....

## 4 – VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.

## 5 – 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.**

ALLERGIES : ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MEDICAMENTEUSES 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.**

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

**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 :

Signature :