

FICHE DE LIAISON 2016

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
ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐
oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES
AUTRES oui ☐ non ☐

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

6 – RECOMMANDATIONS UTILES

[illegible]

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 :