

FICHE DE LIAISON

ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Ecole fréquentée : .....

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

PERE :

Nom, prénom: .....  
Profession : .....  
Employeur (nom, adresse et téléphone) : .....  
.....  
N° de Sécurité Sociale : .....  
Adresse : .....  
Téléphone Fixe : ..... Portable : .....  
Courriel (impérativement) : .....

MERE :

Nom, prénom: .....  
Profession : .....  
Employeur (nom, adresse et téléphone) : .....  
.....  
N° de Sécurité Sociale : .....  
Adresse : .....  
Téléphone Fixe : ..... Portable : .....  
Courriel (impérativement) : .....

PARENTS : Mariés  Pacsés  Divorcés  Concubinage  Célibataire  Veuf  Autre

AUTRE PERSONNE OU SERVICE :

Nom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
Téléphone Fixe : ..... Portable : .....  
Courriel (impérativement) : .....

Nom Prénom	Lien (parent, ami...)	Téléphone

### FRERES ET SCEURS

Nom	Prénom	Date de naissance

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Une photo d'identité de votre enfant
- photocopie du carnet de vaccinations
- Attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités extra-scolaires + rapatriement.
- Attestation Temps Libre pour les bénéficiaires
- Attestation récente de quotient familial CAF ou MSA (**sans attestation facturation sur la tranche maximale**)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.  
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Garçon  Fille   
Adresse : .....  
.....

MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....

VACCINATIONS

(merci de joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>RUBÉOLE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>VARICELLE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>ANGINE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>SCARLATINE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>OTITE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>ROUGEOLE</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<u>OREILLONS</u>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**

ASTHME                    oui     non                     MÉDICAMENTEUSES                    oui     non   
ALIMENTAIRES        oui     non                     AUTRES (préciser) :

*PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)*

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

(Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.)

Je soussigné(e), M. Mme \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :