

# FICHE DE LIAISON 2024



## RENSEIGNEMENTS

Nom et Prénom du jeune : .....  
Date de naissance : .....  
Nom et Prénom du représentant légal : .....  
Adresse postale : .....  
Adresse électronique : .....@.....  
Tel Portable parent 1 : ...../...../...../...../..... Tel Portable parent 2 : ...../...../...../...../.....  
Tel. Travail parent 1 : ...../...../...../...../..... Tel. Travail parent 2 : ...../...../...../...../.....

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

M./ Mme : ..... Tel. : ...../...../...../...../.....

## MEDECIN

Nom du médecin qui suit l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Tel. du cabinet : .....

## VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (DT Polio)

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune 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 du jeune avec la notice)*

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

ALLERGIES :  
ASTHME oui  non   
MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRÉCISEZ 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.**

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

## RECOMMANDATIONS UTILES

**RÉGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :**

.....

**VOTRE ENFANT 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 :

