

FICHE DE LIAISON

(document obligatoire pour les mineurs)

1 – VOTRE ENFANT

NOM : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Garçon : Fille :
 Nom du père : Nom de la mère :
 Prénom : Prénom :
 Employeur : Employeur :
 N° téléphone en cas d'urgence :/...../...../.....
 N° allocataire CAF ou du régime particulier :
 Quotient familial : (calcul : ressources nettes / nombre de parts : 1 pour les adultes, 0.5 par enfant)

Notre responsabilité est engagée pendant la durée de l'activité. En dehors, les enfants mineurs doivent être pris en charge par leurs parents ou un majeur habilité, notamment pour le retour à leur domicile.

2 – VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons—Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		

ALLERGIES

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres :

.....

.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à 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**.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...Précisez.

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour et/ou de l'activité, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS