

FICHE DE LIAISON pour les mineurs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle est à la discrétion du directeur-trice de séjour et sera détruite en fin d'accueil

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Téléphone :

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement un justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination, attestation du médecin traitant)

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin (dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires)

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

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

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Sacrolatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> Migraine	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant est-il sujet à des allergies ?

<input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> Autres allergies
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Lesquelles :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

L'enfant suit-il un ou des régimes alimentaires particuliers ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

AUTORISATION

Responsable légal (Nom, prénom)Adresse pendant le séjour Téléphone Nom et téléphone du médecin traitant

Je soussigné(e), 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

DÉPART DU MINEUR

Je soussigné(e), agissant en tant que (père, mère, responsable légal) de l'enfant déclare **autoriser les personnes suivantes à récupérer l'enfant** nommé ci-dessus :

1ère personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

2ème personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

3ème personne :

(Nom, prénom, téléphone et lien avec l'enfant)

Signature

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), agissant en tant que (père, mère, responsable légal) de l'enfant

autorise la FAL du Cantal :

- À prendre en photo l'enfant nommé ci-dessus Oui Non
- À utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'intérieur de l'Accueil collectif de mineur Oui Non
- À utiliser les photos de l'enfant nommé ci-dessus à l'extérieur de l'Accueil collectif de mineur Oui Non

Signature 