

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 ?

Rougeole

Oui Non

Varicelle

Oui Non

Oreillons

Oui Non

Sacrolatine

Oui Non

Coqueluche

Oui Non

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine

Oui Non

Otite

Oui Non

Angine

Oui Non

Asthme

Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu

Oui Non

L'enfant est-il sujet à des allergies ?

Allergies médicamenteuses

Oui Non

Allergies alimentaires

Oui Non

Autres allergies

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... ?

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

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

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