



**FICHE DE LIAISON
ANNEE 2018/2019**

L'ENFANT

Nom			
Prénoms			
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lieu de naissance			

ECOLE FREQUENTEE

Nom de l'Ecole	
Classe	

ASSURANCES

Compagnie	
N° de contrat	

CAF

Régime Général	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, précisez	<input type="checkbox"/> MSA	
N° allocataire CAF		

REPRESENTANT LEGAL 1 (coordonnées de facturation)

Nom		Prénom :	
Date de naissance			
Adresse			
Employeur			
Profession			
Tél professionnel		Tél domicile :	
Tél portable		courriel :	

REPRESENTANT LEGAL 2

Nom		Prénom :	
Date de naissance			
Adresse			
Employeur			
Profession			
Tél professionnel		Tél domicile :	
Tél portable		courriel :	

situation de famille

mariés vie maritale, pacs divorcés, séparés parent isolé

**Les personnes à contacter par ordre de priorité
et autorisées à chercher l'enfant**

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (lien de parenté ou autre)	Téléphone personnel/ professionnel	Autorisée à chercher l'enfant OUI/NON

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Autres vaccins (recommandés)	oui		non		date des derniers rappels
			oui	non	oui	non	
Diptérie		Coqueluche					
Tétanos		Hépatite B					
Poliomyélite ou DT polio		infections à pneumocoque					
		Méningite					
ou Tétracoque		rubéole					
		rougeole					
		oreillons					

si un enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant:

Nom et téléphone du médecin traitant :

l'enfant 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 aux nom et prénom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui non

Angine : oui non

Varicelle : oui non

Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non

Otite : oui non

Oreillons : oui non

Allergies connues:

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaire: oui non

Autres :

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

Obligation de nous déclarer tout

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles.

ou maladie longue durée : oui non si oui joindre le protocole et toutes informations utiles.

informations complémentaires :

votre enfant porte-t-il des lunettes : oui non

Des prothèses auditives : oui non

des prothèses ou appareil dentaire : oui non

Autres informations / précisez :

.....

Autorisation :

Autorisation d'hospitalisation d'urgence : oui non

Autorisation de filmer ou photographier : oui non

Autorisation de diffuser les images (presse, interne) : oui non

Autorisation de partir seul à la fin de journée à partir CP : oui non

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas
échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires
par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls
habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

signature :

Pièces à joindre : Attestation d'assurance responsabilité civile, copie du carnet de vaccinations à jour,
Contrat et mandat de prélèvement pour les parents optant pour ce mode de paiement

