

# Fiche de liaison



## RENSEIGNEMENTS

NOM .....Prénom:.....

Date et lieu de naissance: ...../...../.....

Catégorie: ..... Poste 1: ..... Poste 2: .....

Scolarité: (classe):..... Etablissement: .....

Père : Responsable légal : Oui Non (Entourez)

NOM : ..... Prénom : ..... TEL: .....

Mère : Responsable légal : Oui Non (Entourez)

NOM : ..... Prénom : .....TEL: .....

Adresse mail 1: ..... Adresse Mail 2.....

N° de téléphone d'urgence autre que responsables légaux (Tuteur ou autre):

M. ou Mme..... tel : .....

Lien avec l'enfant :.....

Acceptez-vous que vos coordonnées téléphoniques et mails soient partagés avec les autres parents de l'équipe de votre enfant ? Oui Non (Entourez ou barrez mention inutile)

# Fiche de liaison



## MEDICAL

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

En cas de traitement de l'enfant, il est **impératif** de fournir une ordonnance.

ALLERGIES : (entourez les allergies décelées et précisez)

Asthme, Allergie alimentaire, Allergie médicamenteuse, autres

.....  
.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, asthme), en précisant les dates et les précautions à prendre dans une optique d'optimisation pédagogique

.....  
.....