

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

SEXE : fille garçon **DATE DE NAISSANCE :**

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale : **Caisse d'appartenance :**

Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? OUI NON **Laquelle ?** (nom et adresse)

Bénéficiez-vous d'une autre assurance ? OUI NON **Laquelle ?** (nom et adresse)

Joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale, la carte de mutuelle et votre attestation d'assurance !

VACCINATIONS : La photocopie du carnet de vaccinations doit être fournie au **moment de l'inscription.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non **Varicelle** oui non **Angines** oui non **Scarlatine** oui non **Rougeole** oui non

Coqueluche oui non **Oreillons** oui non **Otites** oui non **Asthme** oui non

INDIQUER ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

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

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON **SI OUI, LEQUEL ?**

(n'oubliez pas de joindre les médicaments et l'ordonnance)

.....

BESOINS ACCUEIL SPECIFIQUE :

Asthme : OUI NON Précisez :

Allergie alimentaire OUI NON Précisez :

Allergie médicamenteuse : OUI NON Précisez :

Handicap : OUI NON Précisez : Reconnu MDPH OUI NON

La mise en place d'un Projet d'accueil Individualisé (P.A.I) devra être mis en place avec le responsable de structure, pour tout besoin d'accueil spécifique.

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :

L'enfant suit-il un régime alimentaire OUI NON Précisez :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (préciser ici un éventuel port de lunettes, appareil dentaire, autorisation de fumer ou pas pour les ados, etc. ...)

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si le responsable légal n'est pas joignable) :

NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

Téléphone fixe : **Téléphone portable :**

AUTORISATION PARENTALE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

Je soussigné(e) Père, Mère, tuteur, responsable de l'enfant

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

autorise le Directeur de l'A.C.M à faire soigner mon fils, ma fille, et à pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

M'engage à payer la part des frais de l'A.C.M incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

Autorise mon enfant à repartir de l'hôpital avec un accompagnateur de l'accueil.

En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur (surtout pour les séjours).

Fait le à

Signature des parents