

# 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**