

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : PRENOM :
SEXE fille garçon
DATE DE NAISSANCE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : A-t-il souffert de :
Rubéole oui non Varicelle oui non Angines oui non Typhoïde oui non Scarlatine oui non Rougeole oui non
Diphthérie oui non Coqueluche oui non Oreillons oui non Otites oui non Asthme oui non Rhumatismes oui non

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations ...)

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (préciser ici un éventuel régime alimentaire, autorisation de fumer ou pas pour les ados, etc. ...)

ACTUELLEMENT, L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON SI OUI, LEQUEL ? (n'oubliez pas de joindre les médicaments et l'ordonnance)

L'ENFANT MOUILLE T IL SON LIT ?	OUI NON	OCCASIONNELEMENT
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?	OUI NON	
L'ENFANT PORTE T IL DES LUNETTES ?	OUI NON	
Si oui, doit-il les porter tout le temps ?	OUI NON	
L'ENFANT PORTE T IL UN APPAREIL DENTAIRE ?	OUI NON	
L'ENFANT PRESENTE T-IL DES ALLERGIES AU MAQUILLAGE ?	OUI NON	

Autres renseignements pouvant intéresser le Directeur : (préciser ici quelques traits de caractère de l'enfant)

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE DE L'ENFANT (Père, mère ou tuteur)
ADRESSE :

TEL : Portable :

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si le responsable légal n'est pas joignable) :

ADRESSE :

TEL : Portable :

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 et de la carte mutuelle et de votre attestation d'assurance !

AUTORISATION PARENTALE (À remplir obligatoirement)

Je soussigné(e)

Père, Mère, tuteur, responsable du jeune.....

Autorise le Directeur de l'A.C.M d'Amblainville 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 àLe.....

Signature des parents

CERTIFICAT MEDICAL

(À faire remplir obligatoirement par un médecin)

Je soussigné, Docteur.....

certifie que l'enfant.....

ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités sportives proposées par l'ACM

Fait àLe.....

Cachet et Signature