

## **FICHE DE LIAISON**

À renseigner par les responsables légaux de l'élève.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

### **Personne(s) toujours joignable(s) durant le séjour :**

M, Me \_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél fixe : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ou personne à contacter en mon absence :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél fixe : \_\_\_\_\_

### **AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Coordonnées de votre caisse primaire d'assurances maladie : \_\_\_\_\_

Coordonnées de votre mutuelle : \_\_\_\_\_

- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

- M'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    oui     non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

**ALLERGIES :** ASTHME    oui     non

**ALIMENTAIRES**    oui     non

**MÉDICAMENTEUSES**    oui     non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---

---

---

---

---

### **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

### **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... PRÉCISEZ.

---

---

et tous les renseignements qui pourraient être utiles à l'équipe d'encadrement.

---

---

Prise en charge CMU oui non (entourez la mention utile) ou NOM et PRENOM de la personne de permanence

(si oui, joindre photocopie de l'attestation)

---

### **NOM et Tél. du médecin traitant:**

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux :