

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du jeune :

ASSURANCE ET SECURITE SOCIALE

Régime d'affiliation de l'enfant : Sécurité sociale / MSA / Autre :

N° d'immatriculation

Allocataire CAF : nom de la caisse et n° :

Allocataire autre caisse : nom de la caisse et n°

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Mutuelle : N° de contrat

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Le jeune suit-il un **traitement médical** ? 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.

ALLERGIES

ASTHME : oui / non MÉDICAMENTEUSES : oui / non

ALIMENTAIRES : oui / non Laquelle :

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

AUTRES INFORMATIONS

INDIQUER ICI LES EVENTUELLES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**, QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES FAMILLES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal : « Lu et approuvé » :

*« Vos données sont destinées à l'espace jeunes de la Forêt Fouesnant dans le cadre réglementaire de la loi. Elles sont conservées un an après le dernier contact. Vous avez des droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès de l'espace jeunes : espacejeunes@foret-fouesnant.bzh
Pour plus de renseignements, vous pouvez consulter la notice générale affichée dans le local de l'espace jeunes et sur le site internet de la mairie. »*