

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fiche à joindre au dossier d'inscription unique – Soumis à discrétion professionnelle, elle est archivée seulement 1 année car nécessite un renouvellement annuel

ENFANT/ADOLESCENT(E)

Sexe : Garçon Fille

Nom: Prénom:

Date de naissance : Âge :

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) : OUI NON

ALLERGIE(S)

Alimentaire : Non Oui, précisez :

Médicamenteuse : Non Oui, précisez :

Autre : Non Oui, précisez :

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

Non Oui Déjà établi (*Documents à fournir*)

PATHOLOGIE(S)

L'enfant/l'adolescent(e) a-t-il une ou des pathologies ?

.....

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administré sans PAI (Boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant/adolescent(e) avec la notice).

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre à la structure

Traitement en cas de crise Aucun Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence

L'enfant/l'adolescent(e) s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner

Déjà établi (*à fournir*)

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

- Lunettes Lentilles Prothèses Auditives Prothèses dentaires Appareil orthopédique
 Fauteuil/Déambulateur Autre *Lequel*.....

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon l'activité) :

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

- Non Oui Déjà établi (*Documents à fournir*)

MEDECIN TRAITANT

Nom : **Tel :**

Adresse :

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Responsable 1 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

Responsable 2 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

AUTORISATION

- Autorise N'autorise pas

Le-la responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant/l'adolescent(e) suivant les prescriptions du médecin consulté.

Je soussigné(e), responsable de l'enfant/l'adolescent(e), **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni** l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant l'adolescent(e) est à jour ainsi que le cas échéant le(s) projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le-la responsable de la structure. **Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et les structures.** Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le/...../.....