

FICHE SANITAIRE ET DE LIAISON

Année scolaire 20....-20....

Ce document est transmis aux équipes Amasco, interne et d'encadrement, afin de leur délivrer les informations nécessaires à une prise en charge de votre enfant en toute sécurité.

1 – L'ENFANT

Nom : Prénom : ☐ Garçon ☐ Fille
 Date de naissance : ____/____/____
 École : Classe :

2 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 - Nom.....Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :Ville :
 Téléphone :
 Mail :

Parent 2 - Nom.....Prénom :
 Adresse :
 Code Postal :Ville :
 Téléphone :
 Mail :

Personne non autorisée à venir chercher mon enfant (*cette indication doit être accompagnée d'une décision de justice*) :

3 – LES VACCINATIONS

**Joindre les photocopies du carnet de santé de l'enfant des vaccinations obligatoires.
 Sinon, joindre un certificat médical datant de moins de 3 mois.**

4 – LES INFORMATIONS MÉDICALES ET DE SANTÉ

- L'enfant a-t-il une allergie ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, à quoi et quelle est la conduite à tenir ? (trousse d'urgence, médicaments...) :

- L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il PAI (Projet d'Accueil Personnalisé) ? ☐ OUI ☐ NON

*Si oui, **merci de le joindre par mail.***

Autres recommandations :

Signature :



5 – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Ces éléments vont permettre à nos équipes Amasco de mieux connaître les besoins de votre enfant, et adapter au mieux son accueil pendant la semaine d'ateliers.

- Votre enfant rencontre-t-il une ou des difficulté(s) à l'école ?

☐ OUI

☐ NON

☐ PEUT-ÊTRE

Lesquelles ?

- Votre enfant a-t-il été diagnostiqué pour un des troubles suivants ?

☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

☐ Troubles dys (dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dyscalculie, dysorthographe)

☐ TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

☐ Autres troubles neuro développementaux : troubles du développement intellectuel

☐ Trisomie 21

☐ Trouble de la fonction auditive

☐ Trouble de la fonction visuelle

☐ Polyhandicap ou handicap moteur

☐ Difficultés à expression comportementales (trouble de la conduite et du comportement)

☐ Enfant à haut potentiel

- Votre enfant est-il accompagné par un(e) AVS/ AESH ?

☐ OUI

☐ NON

☐ DOSSIER EN COURS

Si « oui » ou « dossier en cours », pour quelle raison ?

- Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH?

☐ OUI

☐ NON

☐ DOSSIER EN COURS

Si « oui » ou « dossier en cours », pour quelle raison ?

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à le

Signature du représentant légal :



Vous avez la possibilité de consulter notre politique de confidentialité de l'information et du traitement des données, disponible sur notre site Internet amasco.fr, en flashant avec votre mobile le QR code ci-dessus.