



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – MINEUR ACCUEILLI :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : / / **Garçon :** **Fille :**

Poids du mineur : **Taille du mineur :**

2 – VACCINATIONS : (Joindre une copie des pages de vaccinations du carnet de santé du mineur, avec son nom et prénom.)

| Vaccins obligatoires | Date dernier rappel | Vaccins recommandés | Date |
|----------------------|---------------------|----------------------------|------|
| Diphtérie | | BCG | |
| Tétanos | | Coqueluche | |
| Poliomélyte | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| | | Hépatite B | |
| | | Autres | |

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :

a) le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON OUI Préciser :

Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser :

Autres allergies : NON OUI Préciser :

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autres : NON OUI Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON : OUI : Si oui, prendre contact avec la direction

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération..) :

.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS :

(L'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie..)

.....

Repas sans porc :

5 – RESPONSABLE(S) DU MINEUR :

Père Mère
Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel domicile :
Tel portable :
Tel travail :
Mail :

Situation Familiale :
 Marié Célibataire En couple Pacsé Séparé Divorcé

Père Mère
Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tel domicile :
Tel portable :
Tel travail :
Mail :

Situation Familiale :
 Marié Célibataire En couple Pacsé Séparé Divorcé

PERSONNES AUTORISEES : (A PRENDRE L'ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D'URGENCE)

| | | |
|-----------------------|-------------|-------------------------|
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |
| Nom et Prénom : | Tel : | Lien de Parenté : |

NOM et Téléphone du médecin traitant :
.....

Je soussigné : responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation du médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :/...../.....

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.