

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINEUR ACCUEILLI :

NOM : PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : GARÇON FILLE POIDS :Kg

RESPONSABLE (S) DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

Téléphone fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../..... Téléphone travail :/...../...../...../.....

NOM et Téléphone du médecin traitant :

VACCINATIONS : *(le tableau ci-dessous doit être **accompagné des copies des pages de vaccinations** du carnet de santé, en notant le nom et prénom du mineur concerné)*

Vaccins obligatoires*	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

** Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs.*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :

▪ **Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?**

Allergies alimentaires : OUI NON Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : OUI NON Préciser à quoi :

Autres allergies : OUI NON Préciser à quoi :

Asthme : OUI NON

Diabète : OUI NON

Epilepsie : OUI NON

Autres : OUI NON Préciser :.....

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

Si oui, prendre contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI (Projet d'Accueil individualisé).
Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

- 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 (PAI)? OUI NON

Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs

Attention : Nous ne pouvons pas accepter de PAI signé par d'autre Directeur d'établissement (école, collège,...). Un PAI doit être mis en place directement avec le directeur de l'ACM de Villargelle. Pour plus d'information, veuillez contacter le 04.90.94.12.47

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

.....
.....

- RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER,...)

.....
.....

Je soussigné (e),

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 d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

DATE :

SIGNATURE :

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. 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.