

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### **MINEUR ACCUEILLI :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

SEXE :  GARÇON  FILLE POIDS : .....Kg

### **RESPONSABLE (S) DU MINEUR :**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse : .....

@Portable : ...../...../...../...../..... Tel fixe : ...../...../...../...../.....

Tel 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 : .....

↳ Allergies médicamenteuses :  OUI  NON Préciser : .....

- |                    |                              |                              |                  |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|
| ↳ Autres allergies | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Préciser : ..... |
| ↳ Asthme :         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Préciser : ..... |
| ↳ Diabète :        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Préciser : ..... |
| ↳ Epilepsie :      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Préciser : ..... |
| ↳ Autres :         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> 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, ...)**

**Régime alimentaire :**

Panier repas (*uniquement pour les PAI*)  Sans viande  Sans porc  végétarien

Je soussigné(e): .....

Représentant légal de l'enfant .....

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.

A ..... LE : .....

**SIGNATURE du représentant légal:**

Accueil Collectif de Mineurs de Villargelle  
 Domaine de Villargelle  
 13550 NOVES  
 04.90.94.12.47

[enfanceloisirsvillargelle@orange.fr](mailto:enfanceloisirsvillargelle@orange.fr)  
[portail-villargelle.ciril.net](http://portail-villargelle.ciril.net)