



Simiane-Collongue

SERVICE JEUNESSE FICHE SANITAIRE DE LIAISON ESPACE JEUNESSE



NOM : _____

PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

CLASSE ET ECOLE : _____

Sexe : Féminin Masculin

VACCINATIONS : le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné :

VACCINS *OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Tétanos		BCG	
Poliomyélite		Hépatite B	
DT Polio		Aoutes (préciser)	
Tetracoq			

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

REGIME ALIMENTAIRE : Végétarien Végétalien Sans porc autre

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI :

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

Allergies alimentaires	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :	
Allergies médicamenteuses	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :	
Autres allergies	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :	
Asthme	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
Diabète	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
Epilepsie	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
Autres	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :	

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, indiquer la conduite à tenir :

.....
.....

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

.....

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS : (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...) :

.....

RESPONSABLE(S) DU MINEUR :

En cas de divorce ou de séparation merci de nous préciser l'autorité parentale (rayez les mentions inutiles) :

Conjointe / Mère uniquement / Père uniquement / Autres :.....

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné, Mme/Melle/M, 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 et 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 pourront être restituées aux familles en fin d'année.

Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans.

Toutes modifications en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devront être signalées au directeur.