



Préfecture des Bouches-du-Rhône
Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Bouches-du-Rhône
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

Fiche sanitaire de liaison

1. Mineur accueilli

NOM :
PRENOM :
Date de naissance :
Sexe :
Poids : kg
Taille : cm

2. Vaccinations



Les copies des pages de vaccinations du carnet de santé doivent impérativement accompagner le tableau ci-dessous. Ne pas omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné sur les dites copies.

Vaccins obligatoires *	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole - Oreillon - Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* Rappel tous les cinq ans pour les vaccins obligatoires pour un mineur

3. Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli

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

Allergies alimentaires	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"/>	Préciser à quoi :
Diabète	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :
Epilepsie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :
Autres	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Préciser à quoi :

Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?

Non Oui

Si oui, veuillez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
Les médicaments doivent rester dans leur emballage d'origine avec le Nom et Prénom du mineur avec la notice
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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 ?

Non Oui

Si oui, veuillez prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs
Des consignes écrites peuvent se montrer utiles si nécessaires

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

.....

.....

.....

.....

4. Recommandations utiles signalées par les parents

- L'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des lentilles de contact ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des prothèses auditives ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune porte-t-il des prothèses dentaires ? Non Oui
- L'enfant ou le jeune a-t-il des problèmes énurésie ? Non Oui

5. Responsable(s) du mineur

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Téléphone fixe / portable :

Téléphone de travail :

NOM du médecin traitant :

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 d'un 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