

PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE  
 Direction Départementale Déléguée de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale  
 des Bouches du Rhône  
 Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

**1°) MINEUR ACCUEILLI :**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**Date de naissance :**

**Garçon**

**Fille**

**Poids du mineur :**

**2°) 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
Diptérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

**3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI**

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

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

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 le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement.

**d) Autres difficultés de santé, handicap et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles autistiques, antécédents d'accidents, d'opération ...) : Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement

.....  
.....  
.....

**4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porteur-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

.....  
.....  
.....

**5°) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

.....  
.....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

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 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

.....  
-

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :**

**COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :**