



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

8 - 26 JUILLET 2019

☐ Fille ☐ Garçon / Section des : ☐ 4-5 ans ☐ 6-12 ans ☐ 11-17 ans

1°) MINEUR ACCUEILLI :

NOM :PRENOM :

Date de naissance : Poids du mineur :

Garçon ☐ Fille ☐

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
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

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

3°) **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI.** Attention certains cas feront l'objet d'une signalisation sur le T-shirt de l'enfant les premiers jours de son arrivée.

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 et précautions à prendre** (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-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 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 :

Association Beth 'Habad Marseille 9^{ème}
M. ASSOULINE Menahem Mendel
32, rue Joseph Petronio - 13009 Marseille
Tel : 09 54 70 56 08 Fax : 09 58 37 34 70
e-mail : habad9eme@gmail.com

COORDONNEES DE L' ACM (Accueil Collectif de Mineurs) :

>> 4-5 ans : 329, bd Michelet - 13009 Marseille
>> 6-12 ans : 329, bd Michelet - 13009 Marseille
>> 11-17 ans : 343, Bd Romain Rolland - 13009 Marseille

Directeur de l'ACM : M. ASSOULINE Menahem Mendel 06 64 88 25 04