



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE des BOUCHES-DU-RHÔNE  
Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse,  
des Sports et de la Cohésion Sociale  
Bouches-du-Rhône Accueils Collectifs de Mineurs  
à Caractère Éducatif

PHOTO  
RÉCENTE  
DE L'ENFANT  
(À coller ou à  
agrafer)



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2021/2022

### 1 - MINEUR ACCUEILLI

NOM : ..... PRÉNOM : .....

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 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 jusqu'à 13 ans

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

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

Allergies alimentaires OUI  NON  Si oui, préciser :

Allergies médicamenteuses OUI  NON  Si oui, préciser :

Autres allergies OUI  NON  Si oui, préciser :

Asthme OUI  NON  Si oui, préciser :

Diabète OUI  NON  Si oui, préciser :

Epilepsie OUI  NON  Si oui, préciser :

Autres OUI  NON  Si oui, préciser :

B - 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.

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 ? OUI  NON

Si oui, **prendre contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

D - Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opérations...) OUI  NON

Si oui, **prendre contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

#### 4 - 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...

#### 5 - RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél fixe et/ou portable domicile \_\_\_\_\_

Tél fixe et/ou portable professionnel \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél fixe et/ou portable domicile \_\_\_\_\_

Tél fixe et/ou portable professionnel \_\_\_\_\_

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.**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR : \_\_\_\_\_

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL DE MINEURS : \_\_\_\_\_