

**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 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) DROIT A L'IMAGE**

Autorisez-vous le centre à diffuser les photos et/ou vidéos de votre enfant pour l'usage suivant : archives, presse, plaquette du centre, expositions, site Internet de la ville de Roquevaire, autres bulletins...

NON                       OUI

**4) 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 : .....

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

**b) Le mineur suit-il un régime alimentaire particulier ?**

NON             OUI                                       Préciser : .....

**c) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?**

NON             OUI                                       Préciser : .....

**d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

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

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.

**5) 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 ...) :

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

**6) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

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

Adresse : .....

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

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

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

Adresse : .....

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

et/ou portable travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

.....

Je soussigné (e), ....., 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 :**

Mairie de Roquevaire, av des alliés 13360 Roquevaire - 04 42 32 91 30

**COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS**

Colonie de l'Espoir « Le Village » 48250 LAVEYRUNE