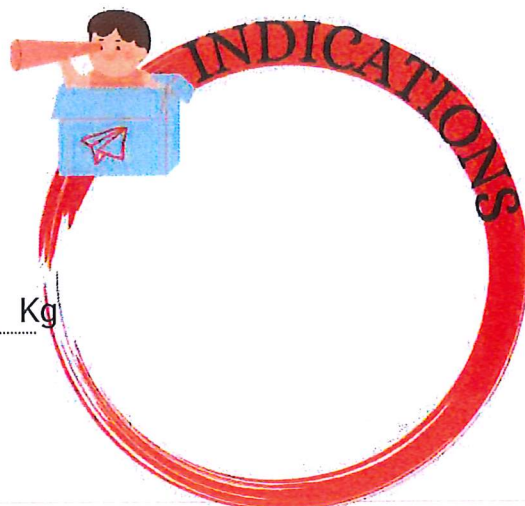




FICHE DE LIAISON 20.....

189, avenue Corot – 13014 Marseille
☎ 04 91 67 14 75 📠 04 91 67 98 53



MINEUR ACCUEILLI : Fille ☐ Garçon ☐

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Poids du mineur : Kg

N° sécurité social :

Régime sans viande : Oui ☐ Non ☐

VACCINATIONS : (le tableau doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans oublier de noter le nom et le prénom du mineur)

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



VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

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 à quoi

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 pris sans ordonnance.

C) Si trouble de la santé il y a t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ?

Si oui prendre contact avec le responsable enfance NON ☐ OUI ☐

D) Autres difficultés de santé et précautions à prendre / Recommandations utiles:
(suivi spécialisé, accidents, opérations, lunettes, prothèses etc)

RESPONSABLE(S) DU MINEUR :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tel fixe : **Tel portable :**

Tel travail :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tel fixe : **Tel portable :**

Tel travail :

NOM et téléphone médecin traitant :



PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT :

(Tous les jours et en cas d'accident) Joindre photocopie carte d'identité pour validation

NOM :

Prénom :

Tel :

Lien :

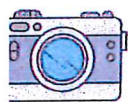
NOM :

Prénom :

Tel :

Lien :

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 mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.



☐ **ACCORTE** sans contrepartie le stockage, la reproduction et la diffusion des photographies et enregistrements audiovisuels, pour une communication au public sur Internet ou sur tous supports, y compris par voie d'édition et de produits multimédias, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés.

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 devront être signalés au Directeur.