



MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

Service de la jeunesse et des sports
BP 67 - 98713 PAPEETE-TAHITI Tél : 50.18.88 — Fax : 42.14.66
Email : secretariat@jeunesse.gov.pf Site : www.sis.of



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour du mineur dans un centre de vacances ou de loisirs. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM du mineur : _____ Prénom du mineur : _____
Date et lieu de naissance : _____ Sexe _____ Masculin Féminin
Ecole : _____ Classe : _____

LA DURÉE DE VALIDITÉ DE CETTE FICHE SANITAIRE DE LIAISON EST DE UN AN. ELLE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LÉgal DU MINEUR.

VACCINATIONS

Les vaccins obligatoires sont :

à jour

non à jour

– Joindre une copie du carnet de santé (pages vaccinations). **OU**

– En cas de perte du carnet de santé, faire viser ce document par votre médecin traitant ou le centre de médecine scolaire ou le dispensaire de votre localité. Date: _____ Tampon et Visa du centre: _____

I RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DU MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants : (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Quel est son médecin ou son dispensaire habituel ? NOM :

Lieu d'exercice :

N° téléphone :

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Asthme R.A.A. Epilepsie (ou autre malaise) avec risque de perte de connaissance

Otite moyenne chronique Diabète Autres :

Quels sont les précautions à prendre et les soins éventuels à apporter :

A-t-il été malade ces 6 derniers mois ? Oui Non Précisez :

A-t-il été opéré ces 6 derniers mois ? Oui Date : _____ Non Précisez :

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) ? Oui Non

Si oui, précisez le type d'allergie, la cause, les signes apparents et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

II RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant présente-t-il :

Un handicap physique limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique? Précisez :

Un handicap mental nécessitant une prise en charge spécifique? Précisez :

Un handicap sensoriel (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage)? Précisez :

Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ?

Si oui, fait-il l'objet d'un suivi particulier (psychologue scolaire, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien)? Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance :

III ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Le mineur peut-il pratiquer toutes les activités physiques ou sportives proposées lors du séjour? Oui Non

Si non Précisez lesquelles :

S'il s'agit d'une maladie ou d'un handicap, joindre un certificat de contre indication à la pratique de ces activités physiques ou sportives (l'enfant ne doit pas y participer).

(Indiquer les nom, adresse, téléphone du médecin et/ou de l'assistant sanitaire qui portent les observations)

NB: L'administration se réserve le droit de vérifier ce document en demandant toute pièce justificative au directeur.

IV AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

• Le mineur porte-t-il des lunettes ou des lentilles ? Oui Non

• Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ? Oui Non

• A-t-il des difficultés de sommeil ? Oui Non

• L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

• L'enfant sait-il nager ? Oui Non

• S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Avez-vous des recommandations particulières à signaler :

RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : _____ Lieu de résidence : _____ N° téléphone : _____

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : _____ Signature du responsable légal : _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

Par le médecin :

Par l'assistant sanitaire :