



Direction de la jeunesse et des sports
BP 67 – 98713 PAPEETE-TAHITI
Tél : 40.50.18.88 – Fax : 40.42.14.66
Email : secretariat@jeunesse.gov.pf
Site : www.djs.pf

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 : _____ DN : _____

**LA DUREE DE VALIDITE DE CETTE FICHE SANITAIRE DE LIAISON EST DE UN AN.
ELLE DOIT ETRE REMPLIE PAR LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR.**

I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE DU MINEUR

Les vaccins sont-ils à jour ?

Oui Non

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 Diabète Autisme 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. ACTIVITES 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).

IV. AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

Le mineur porte-t-il des lunettes ou des lentilles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
A-t-il des difficultés de sommeil ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'enfant mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> A l'occasion
L'enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Avez-vous des recommandations particulières à signaler :

RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **Prénom :** **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, les mesures (traitements médicaux et hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date :

Signature du responsable légal :

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR :

Par le médecin :

Par l'assistant sanitaire :

(Indiquer le nom, l'adresse, le 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