



FLEURANCE
C.C.A.S.

Fiche sanitaire de liaison « PROJET CHANTIERS JEUNES »

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du jeune :

Prénom du jeune :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Groupe sanguin de l'enfant :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance de moins de trois mois du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donnée à l'enfant sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autre :

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir (si automédication, le signaler :

.....
.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....
.....

4. INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

- Port de lunettes Appareils dentaires Appareils auditifs

Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :

.....
.....

5. ETAT DES VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant

Vaccins obligatoires

- DT Polio
 ou Tétracoq
 Tétanos
 Poliomyélite
 Diphtérie

Recommandés

- Coqueluche
 Hépatite B
 ROR
 BCG
 Autres :

6. ETAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a déjà eu les maladies suivantes :

- Rubéole Angine Oreillons Rougeole
 Varicelle Coqueluche Otite Scarlatine

7. NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur : **Téléphone :**

8. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise la mairie de Fleurance ou le C.C.A.S :

- A faire hospitaliser en cas d'urgence,

- A faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU...),

- A faire soigner dès que son état physique le nécessite,

- A transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, afin que puisse être pratiqué, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris anesthésie sur votre enfant.

Nom :

Prénom :

Qualité du signataire :

Fait le, à

Signature