



# Dispositif ARGENT DE POCHE

## Fiche sanitaire

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux secours concernant le mineur participant au dispositif.

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M / Date de naissance : .....

### 1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Je certifie que le mineur est à jour dans ses vaccinations, et notamment celle contre le TÉTANOS.  
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ..... kg ; Taille : ..... cm (*informations nécessaires en cas d'urgence*)

Suit-il un traitement médical ?  oui (si oui, joindre une ordonnance)  non

A-t-il des allergies médicamenteuses ?  oui  non

A-t-il des allergies autres (*animaux, pollen, plantes, etc.*) :  oui  non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Présente-t-il un problème de santé ?  oui (*si oui, précisez*)  non

.....  
.....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES

Port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, prothèses ou appareils dentaires, etc. :

.....  
.....

### 4. PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le mineur : .....

Téléphone fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Si la première personne n'est pas joignable, merci d'indiquer une seconde personne à contacter :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le mineur : .....

Téléphone fixe : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....  
.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise la commune de La Ménétré à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à La Ménétré, le ...../...../20.....

Signature du ou des représentant(s) légal(aux)