

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 Ménitré à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Fait à La Ménitré, le/...../20.....

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