



**d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération...):

.....  
.....  
.....  
.....

**4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...):

.....  
.....  
.....  
.....

**5°) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tél fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

**EN CAS DE PAI, LA TROUSSE PAI ET UN PROTOCOLE ECRIT OU UNE ORDONNANCE EXPLICATIVE DEVRONT ETRE FOURNIS PAR LES PARENTS AU DIRECTEUR DES TAP LE PREMIER JOUR DES TAP.**

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :**

**LEO LAGRANGE MEDITERRANEE - 67 LA CANEBIERE - 13001 MARSEILLE**

**COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :**

**ADRESSE DE L'ECOLE OU EST SCOLARISE L'ENFANT**