



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON – SÉJOUR DE COHÉSION DU SNU

À remettre à l'arrivée au centre de séjour de cohésion, sous pli confidentiel fermé portant la mention :  
« À l'attention du référent sanitaire, Pli confidentiel ».

## LE/LA VOLONTAIRE

Prénom : .....

Nom : .....

Né(e) le : .....

N° de sécurité sociale : .....

(Fournir impérativement la copie de l'attestation de droits sécurité sociale et de la carte mutuelle sur lesquelles figure le volontaire.)

## MÉDECIN TRAITANT DU VOLONTAIRE :

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

## VACCINATION ET EXAMEN DE SANTÉ OBLIGATOIRE

- Le volontaire est à jour dans ses **vaccins obligatoires**<sup>1</sup> (merci de joindre la photocopie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou une attestation médicale)
- Le volontaire a déjà subi l'**examen de santé obligatoire** réalisé entre 15 et 16 ans par un médecin.

## OBSERVATIONS PARTICULIÈRES/ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Le volontaire suit un **traitement médical**. Précisez lequel<sup>2</sup> :
- Le volontaire bénéficie d'un **protocole d'accompagnement individualisé (PAI)**. (merci de joindre une copie récente).
- Le volontaire bénéficie d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**. (merci de joindre une copie récente)
- Le volontaire souffre-t-il d'allergie(s). Précisez lesquelles :
- Inaptitude à la pratique sportive. (merci de joindre un certificat médical)
- Autre(s) problème(s) à signaler** (intolérances alimentaires, etc.) :

## AUTORISATION DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

En cas d'accident ou de maladie, le centre SNU préviendra le plus rapidement possible les responsables légaux dont les coordonnées figurent ci-dessous :

**Représentant légal n°1**

Nom et prénom : .....

Téléphone portable : .....

**Représentant légal n°2**

Nom et prénom : .....

Téléphone portable : .....

**Autre personne à prévenir**

Nom et prénom : .....

Téléphone portable : .....

**Je soussigné(e) / Nous soussignés :****Représentant(s) légal(aux) de :**

Déclare/déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise / autorisons le chef de centre en lien avec le référent sanitaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (transport, consultation médicale...) rendues nécessaires par l'état de santé du volontaire.

Je suis/nous sommes informé(s) qu'en cas d'urgence, il appartiendra au chef de centre de prévenir le SAMU-Centre 15 qui orientera et organisera le transport de notre enfant vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté.

Fait à : .....

Le : .....

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

## Pièces à joindre :

- Attestation de vaccination (ou copie du carnet de santé)
- Attestation de sécurité sociale et copie carte mutuelle
- Éventuellement* : ordonnances médicales, PPS, PAI
- Éventuellement* : certificat médical d'inaptitude à la pratique sportive

<sup>1</sup> Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio, ainsi que fièvre jaune pour les volontaires résidant en Guyane.

<sup>2</sup> Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance en cours de validité. Merci de joindre l'**ordonnance** récente du traitement médical. Les médicaments correspondants devront être apportés dans leur emballage d'origine sur lequel seront inscrits les nom et prénom du volontaire.