

# FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE 2018/2019



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code De l'action Sociale et des Familles  
 Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour du mineur.  
*(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs)*  
**Elle est valable jusqu'au 30 juin 2019, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.**

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.



Nom du mineur : \_\_\_\_\_ Sexe :  Garçon  Fille  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

### 1 – VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

Vaccins obligatoires				Vaccins recommandés			
	Oui	Non	Dates des derniers rappels		Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____	Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____
Ou DT Polio ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____	Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____
				B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

⇒ Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur présentation d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

⇒ A-t-il déjà eu ou a-t-il les allergies et maladies suivantes :

- |   |  |
|---|--|
| - ALLERGIE ALIMENTAIRE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      | - ALLERGIE MEDICAMENTEUSES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - AUTRE ALLERGIE (animaux, plantes, pollen) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | - ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| - DIABETE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                   | - EPILEPSIE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                |

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

⇒ Régime alimentaire particulier : \_\_\_\_\_

⇒ Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? :  Oui  Non

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

⇒ Le mineur a t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux ? :  Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

⇒ A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- ⇒ Pour le Centre Petite Enfance (3/6 ans) : votre enfant fait-il la sieste ?  Oui  Non
- ⇒ Votre fille est-elle réglée ?  Oui  Non      Votre enfant est-il énéurgétique ?  Oui  Non
- ⇒ Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc. :

\_\_\_\_\_

- ⇒ Votre enfant sait-il nager ?  Oui  Non. Remarque éventuelle : \_\_\_\_\_
- ⇒ J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités auxquelles il participe :  Oui  Non
- ⇒ J'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes : M. ou Mme : \_\_\_\_\_
- M. ou Mme : \_\_\_\_\_ M. ou Mme : \_\_\_\_\_

<b>Personnes à contacter si vous étiez injoignable (précisez le rapport : famille, amis, voisins) :</b>			
Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Rapport : _____
Téléphone domicile :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Téléphone portable :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Rapport : _____
Téléphone domicile :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Téléphone portable :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

### 4 - AUTORISATION D'AUTONOMIE POUR LES JEUNES DE 13/17 ANS

- J'autorise mon enfant à être en autonomie dans les conditions ci-dessous
- Je n'autorise pas mon enfant à être en autonomie dans ces conditions.

Dans le cadre des séjours et des sorties favorisant l'autonomie et la prise d'initiatives, nous laissons la possibilité aux jeunes à partir de 13 ans d'être en autonomie sous certaines conditions :

- accord indispensable des parents,
- toujours rester en groupe (minimum 2 jeunes),
- avoir un contact régulier avec les animateurs

*Cela dit, même avec accord des parents, si notre équipe d'animation considère que le jeune n'a pas une capacité d'autonomie suffisante, elle ne lui sera pas accordée.*

### 5 - RESPONSABLE DU MINEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_ Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Téléphone travail : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- certifie l'exactitude des renseignements donnés,
  - certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités, et l'autorise à y participer
  - autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transport utilisés
  - autorise l'utilisation des photos prises de mon enfant sur les supports de communication du Centre de Loisirs
- (dans le cas contraire, nous en faire la demande sur papier libre, joint au dossier d'inscription)*
- autorise la personne responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant selon les prescriptions du corps médical consulté

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Signature du responsable légal : \_\_\_\_\_