

FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE 2019/2020



MINISTRE 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 2020, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.

Cadre réservé

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	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____
Ou DT Polio ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____

Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____
Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____ - ____ - ____
Rubéole Oreillons Rougeole	<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 ARTICULAIRE AIGÛ	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 UTILE DES PARENTS

⇒ Votre fille est-elle réglée ? Oui Non Votre enfant est-il énurétique ? Oui Non

⇒ Pour le Centre Petite Enfance (3/6 ans) : votre enfant fait-il la sieste ? 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 : _____

Personnes à contacter si vous étiez injoignable (précisez le rapport : famille, amis, voisins) :

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Rapport : _____

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

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Rapport : _____

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

4 - AUTORISATION D'AUTONOMIE POUR LES JEUNES DE 12/17 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 12 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) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Je soussigné (e), _____, responsable légal de 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 : _____