FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE 2020/2021

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

D'après cerfa N° 10008*02

MINISTERE 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	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Tétanos	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Poliomyélite	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Ou DT Polio ou Tétracoq	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|

Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Coqueluche	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Hépatites B	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Rubéole Oreillons Rougeole	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
Autre : _____	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|
B.C.G	☐	☐	|__|__| - |__|__| - |__|__|

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 **:** ☐ Oui ☐ Non
  - ALLERGIE MEDICAMENTEUSES : ☐ Oui ☐ Non
  - AUTRE ALLERGIE (animaux, plantes, pollen) : ☐ Oui ☐ Non
  - ASTHME : ☐ Oui ☐ Non
  - DIABETE : ☐ Oui ☐ Non
  - EPILEPSIE : ☐ Oui ☐ 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 AIGÜ	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 : _____