

# FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE 2023/2024



## 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 2024, 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 NOUS NE POURRONS PAS L'ACCUEILLIR  
UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION NE SUFFIT PAS**

### 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.

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

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

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

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

⇒ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 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 : \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE et AUTORISATION PARENTALE 2023/2024



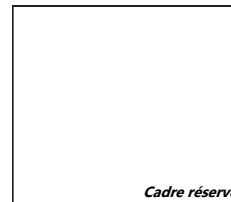
## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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 2024, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.



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"/>	____ - ____ - ____
<b>Ou</b> 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 NOUS NE POURRONS PAS L'ACCUEILLIR  
UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION NE SUFFIT PAS**

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 MÉDICAMENTEUSES :  Oui  Non
- AUTRE ALLERGIE (animaux, plantes, pollen) :  Oui  Non
- ASTHME :  Oui  Non
- DIABÈTE :  Oui  Non
- ÉPILEPSIE :  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

---

---

---

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

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

---

---

- ⇒ 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
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 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 :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

### 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 : \_\_\_\_\_