FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION PARENTALE 2016/2017

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 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).
Elle est **valable jusqu'au 15/09/2017** sauf indications complémentaires venant de la personne responsable. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé.

Nom du mineur : …..... âge : ..... Sexe : ❑ garçon
Prénom : …..... poids : …..... ❑ fille
Date de naissance : …..... taille : …..

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

Vaccins obligatoires	oui	non	dates de derniers rappels
diphtérie	❑	❑	
tétanos	❑	❑	
poliomyélite	❑	❑	
ou DT polio	❑	❑	
ou tétracoq	❑	❑	

Vaccins recommandés	oui	non	dates des derniers rappels
coqueluche	❑	❑	
hépatite B	❑	❑	
rubéole oreillons rougeole	❑	❑	
BCG	❑	❑	
autre.....	❑	❑	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication *Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune 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 eu les allergies et maladies suivantes :
allergie alimentaire ❑ oui ❑ non allergie médicamenteuse ❑ oui ❑ non
autre allergie (animaux, plantes, pollen) ❑ oui ❑ non asthme ❑ oui ❑ non
Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
…..
…..
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
…..
…..
Recommandations/remarques particulières.....
…..
A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	oreillons
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Assurance Responsabilité Civile (**assurance obligatoire**)
Numéro de police : …..
Nom et adresse de la compagnie : …..
Numéro de téléphone : …..

Assurance Individuelle Accident (vivement recommandée)
Numéro de police : …..
Nom et adresse de la compagnie : …..
Numéro de téléphone : …..

3 – **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre fille est-elle réglée ? ❑ oui ❑ non Votre enfant est il énurétique, mouille-t-il son couchage ? ❑ oui ❑ non
Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc, … :
…..
Pour le centre petite enfance : votre enfant fait il la sieste ? ❑ oui ❑ non 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 …..

4 – **RESPONSABLE DU MINEUR**

Nom..... Prénom.....
adresse pendant le séjour..... code postal..... ville.....
téléphone domicile..... téléphone portable.....
téléphone travail.....
Nom du médecin traitant..... son 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 est scolarisé.
☑ certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indications aux activités, et l'autorise à y participer.
☑ autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transports utilisés.
☑ autorise l'utilisation des photos de mon enfant prises par le SEJ sur les supports de communication du SEJ y compris sur internet.*****
☑ autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésies et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté. ****Dans le cas contraire nous le préciser sur papier libre***.

Fait à …..... le …..... signature du responsable légal :