

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 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs). Elle est **valable jusqu'au 13/09/2019** sauf indications complémentaires venant de la personne responsable. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé.

Nom du mineur : Age : 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	Vaccins recommandés	oui	non	dates des derniers rappels
diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		hépatite 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication, à noter : *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, maquillage...) 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
<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"/>

Assurance Responsabilité Civile (assurance obligatoire)	Assurance Individuelle Accident (vivement recommandée)
Numéro de police :	Numéro de police :
Nom et adresse de la compagnie :	Nom et adresse de la compagnie :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant est-il énéurétique, mouille-t-il son couchage ? oui non Votre fille est-elle réglée ? oui non
 Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, mal de transport, etc, ... :

.....
 Pour le centre petite enfance : votre enfant fait-il la sieste ? oui non Votre enfant sait-il nager ? oui non

remarque éventuelle

L'enfant inscrit n'est pas autorisé à quitter seul l'accueil périscolaire ou accueil de loisirs, j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes majeures suivantes : M. ou Mme M. ou Mme.....

M. ou Mme

Les collégiens peuvent repartir seuls, j'autorise le collégien à repartir seul oui non Si non préciser noms personnes majeures autorisées à venir le chercher :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR

Nom..... Prénom.....
 Adresse pendant le séjour..... Code postal..... Ville.....

☎ domicile..... ☎ portable..... ☎ travail.....

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant)

Nom du médecin traitant..... ☎.....

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 :