FICHE SANITAIRE - AUTORISATION PARENTALE - 2020-2021

Merci de remplir la fiche dans son intégralité

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles sur le mineur (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).
Elle est **valable pour l'année scolaire 2020 - 2021** sauf indications complémentaires venant de la personne responsable. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé.

Nom de l'enfant : …..... Sexe : ❑ garçon ❑ fille
Prénom : …..
Date de naissance : …..... âge : ..... poids : …..... taille : …..

1- RESPONSABLE DU MINEUR

Nom..... Prénom.....
Adresse …….... Code postal..... ville.....
téléphone domicile..... Téléphone portable.....
téléphone travail..... Mail : ……...
Nom du médecin traitant..... Son téléphone.....
N° sécurité sociale ..... N° CAF ……

2- 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 de 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

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ? □ 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
❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, etc, … :
…..
Votre enfant sait-il nager ? ❑ oui ❑ non remarque éventuelle .....

5- **ASSURANCE :** Nom et numéro de téléphone : ……. N° de contrat :…….

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 (autres que les parents) :
M. ou Mme …..... M. ou Mme …..

Je soussigné(e) ….., responsable légal de l'enfant :
❑ certifie l'exactitude des renseignements donnés ;
❑ 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 centre de loisirs sur les supports de communication, 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.
❑ **certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

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