

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Autorisation parentale

Cf. arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L 227-4 du code de l'action sociale et des familles.

1. ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

DATE ET LIEU DE SEJOUR : 23 FEVRIER AU 1^{ER} MARS 2025 – Les Saisies (73)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour ou sera détruite. Elle est confidentielle.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polyo				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.
JOINDRE LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES OUI NON ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ou DU MEDECIN

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....Précisez. (Notamment ce qu'il faut signaler aux animateurs lors du séjour)

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TEL FIXE (et portable) DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE (nom) : _____

Numéro d'adhérent : _____

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'accepte également que des photos soient prises pendant le séjour à condition qu'il n'en soit fait aucun usage commercial et qu'elles ne soient pas publiées sur internet

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

OBSERVATIONS