

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 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs). Elle est **valable jusqu'au 01/09/2024** sauf indications complémentaires venant de la personne responsable. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé.

Les renseignements sont à remplir selon l'âge de votre enfant (* à remplir pour les enfants scolarisés)

Nom du mineur : Age* : Sexe : garçon
Prénom : Poids* : fille
Date de naissance : Taille* : Classe* :
Couverture sociale : Etablissement scolaire* :

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
DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, HID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR (rubéole, oreillons, rougeole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres	<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*

Nom du médecin traitant : ☎
Adresse du médecin traitant :

2 – **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR**

ALLERGIES	PROBLEMES SANTE PARTICULIERS (opérations, rééducation, handicap, ...)	TRAITEMENTS (Joindre ordonnance)
<input type="checkbox"/> Médicaments : <input type="checkbox"/> Alimentaires : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autre :	(Précisez si précautions à prendre ou soins à apporter)	<input type="checkbox"/> PAI : <input type="checkbox"/> Ou signes évocateurs, conduite à tenir :

Repas fourni par la structure (Prestataire Bourgogne Repas) : Accord des parents : Oui Non

Régime Alimentaires :

Sans porc Sans viandes Autres :

3 – **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant est-il énurétique, mouille-t-il son couchage ? oui non
Port de lunettes, de lentilles : oui non Appareils dentaires ou auditifs : oui non
Mal de transports : oui non Votre enfant fait-il la sieste ? oui non
Votre enfant sait-il nager ? oui non Votre fille est-elle réglée ? oui non

Remarques éventuelles :



Personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou personne à joindre en cas d'urgence :

NOM/PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE	AUTORISEE	JOINDRE EN CAS D'URGENCE

ASSURANCES : JOINDRE COPIE DES ATTESTATIONS

- Responsabilité Civile OBLIGATOIRE
- Individuelle accident RECOMMANDÉE en cas de dommages corporels.

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 l'administration d'antipyrétique.
- autorise le SEJ à consulter mon dossier allocataire CDAP.
- autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transports utilisés.
- 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.
- autorise l'utilisation des photos à usage interne de mon enfant prises par le SEJ.
- autorise l'utilisation des photos à usage externe de mon enfant prises par le SEJ.

Fait à le

Signature du responsable légal :