

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## FICHE SANITAIRE

A fournir lors de l'inscription de l'enfant

**DOCUMENT OBLIGATOIRE**

**UNE FICHE DE RENSEIGNEMENTS CORRECTEMENT REMPLIE EST LA GARANTIE D'UNE BONNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE VOTRE ENFANT.**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les informations médicales obligatoires pour l'admission d'un mineur dans un accueil relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles (article R.227-7 du CASF et arrêté du 20/02/2003).

DATE d'inscription de l'enfant.....

NOM : ..... Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe : M  F

Adresse : .....

Taille : 1m..... Poids : .....kg Pointure : .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse.....

Téléphone.....

### **RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTE DU JEUNE**

*Handicap, Régime alimentaire, Allergie(s), Asthme, Enurésie, somnambulisme, peur du noir, vertige, etc ...*

Votre enfant sait-il nager ? OUI  NON

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui  non  Varicelle : oui  non  Oreillons : oui  non

Rubéole : oui  non  Scarlatine : oui  non  Otite : oui  non

A-t-il des problèmes d'asthme : oui  non

A-t-il des problèmes de scoliose : oui  non

A-t-il des problèmes d'incontinence : oui  non

A-t-il des problèmes d'allergies : oui  non  si oui, préciser à quoi :

Vaccins réalisés (avec date de vaccination ou de rappel) : Joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.....

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) : .....

Existe-t-il des contre-indications pour des activités : oui  non  Si oui, préciser :

Votre enfant est-elle réglée ? Oui  non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui  non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives : Oui  non

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour : OUI  NON

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE**

Votre enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? Oui  non

Si oui, merci de le communiquer au directeur de l'accueil de loisirs.

**Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant**

.....  
.....

N° d'assuré social ou MSA : .....

**(Joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale)**

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ? OUI  NON

- Si oui, adresse : .....

.....

N° d'adhérent ou de police : .....

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI  NON

**Si oui, joindre la photocopie de l'attestation à jour ainsi que photocopie de l'attestation de la carte vitale.**

**Où téléphoner, en cas d'urgence, pendant l'accueil du jeune (RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE)**

NOM, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone mobile : .....

Téléphone travail : .....

Email : .....

**Renseignements que vous souhaitez communiquer sur la personnalité du jeune :**

.....

.....

.....

**Si le jeune est inscrit par l'intermédiaire d'une collectivité, désignation et adresse de celle-ci :**

.....

.....

.....

Téléphone : .....

**AUTORISATION PARENTALE (A remplir obligatoirement)**

Je, soussigné .....père, mère, tuteur (Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s),

1°) autorise mon fils, ma fille à pratiquer les activités organisées par l'espace jeunes dans les conditions définies dans la fiche descriptive du séjour dont nous avons pris connaissance ;

2°) autorise le responsable du séjour à le (la) faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;

3°) m'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels ;

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A : ..... Le : .....

Signature du responsable légal

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »