

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CERTIFICAT MEDICAL DE L ENFANT

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Centre Social Jean-Ferrat. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

NOM :
PRENOM :

1 – RENSEIGNEMENTS 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**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
➤ALIMENTAIRES Oui Non
➤MEDICAMENTEUSES Oui Non
➤AUTRES (animaux, plantes, pollen...) 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**
 Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil :

3 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL** : **TEL PORTABLE**

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

4- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

5- CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné(e),

Docteur

autorise l'enfant

à pratiquer les activités physiques et sportives suivantes :

sports collectifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	skate / rollers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
équitation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	natation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ski	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	sports nautiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
escalade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	cyclotourisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'atteste qu'il est apte à la vie en collectivité et ne présente aucune infection contagieuse.

A, le

Signature et cachet du Médecin