

## 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 emballage**)

#### 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) : ..... (OBIGATOIRE)

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