

# 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  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