



## 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

Nom du mineur : ..... Sexe :  garçon  
 Prénom : .....  fille  
 Date de naissance : ..... Classe : .....  
 Établissement scolaire : École de Pierreclos

### 1- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	No	Dates de derniers	Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates des derniers rappels
DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche,	<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 MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR**

ALLERGIES	PROBLÈMES 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 :

### 3 – **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles :  oui  non      Appareils dentaires ou auditifs :  oui  non

Remarques éventuelles : .....  
 .....  
 .....  
 .....



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

NOM/PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	AUTORISÉE	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 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 :

Mairie de Pierreclos  
171 Route de Tramayes  
71960 PIERRECLOS  
Tél : 03 85 36 69 69  
[mairie.pierreclos@wanadoo.fr](mailto:mairie.pierreclos@wanadoo.fr)  
[www.pierreclos.fr](http://www.pierreclos.fr)

Service Enfance Jeunesse  
Communauté de communes Saint Cyr Mère Boitier  
12 place de l'église  
71520 MATOUR  
Tél : 03 85 59 76 58  
[sej.adminperiscoalsh@scmb71.com](mailto:sej.adminperiscoalsh@scmb71.com)  
[www.scmb71.com](http://www.scmb71.com)