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 et/ou EVS des Bellons. 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 d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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	☐Oui ☐Non	Coqueluche	☐Oui ☐Non	Scarlatine	☐Oui ☐Non
Varicelle	☐Oui ☐Non	Rhumatisme articulaire aigu	☐Oui ☐Non	Oreillons	☐Oui ☐Non
Angine	☐Oui ☐Non	Rougeole	☐Oui ☐Non	Otite	☐Oui ☐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