



## FICHE SANITAIRE RDVADOS - 2023/24

pas de Droit à l'image



*Cette fiche individuelle permet de recueillir des informations obligatoires. Remplissez-la avec une grande attention !*

*Elle est valable un an : du 1er septembre 2023 au 31 août 2024*

### 1. JEUNE

NOM : ..... SEXE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... à .....

NUM PORTABLE du JEUNE : .....

\* Le jeune bénéficie-t-il de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** ? OUI NON  
ou de la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**?

*Si oui, fournir la photocopie de l'attestation à jour (mentionnant les nom et prénom du jeune)*

### 2. RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE :

Code postal et Ville :

Tél. Fixe (domicile) : ..... Tél. Bureau : .....

Tél Portable (préciser le propriétaire) : .....

### 3. AUTORISATIONS

\* J'autorise l'équipe du RdVados à laisser partir mon enfant seul à 17 h, et en prend l'entière responsabilité :

OUI NON

\* J'autorise le (la) jeune à quitter la structure quand il (elle) le souhaite, et en prend l'entière responsabilité :

OUI NON

## 4. VACCINATIONS

Fournir la photocopie des pages 90 à 95 du Carnet de Santé  
(vaccinations et maladies contagieuses), même si elles sont vierges.

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION  
ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

### \* PARTICULARITES :

ASTHME :	OUI	NON
ALLERGIE ALIMENTAIRE :	OUI	NON
ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :	OUI	NON
P.A.I :	OUI	NON

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication, le signaler plus bas).  
Nous fournir la **photocopie du P.A.I** mis en place.

### \* TRAITEMENTS :

Le jeune suit-il un traitement médical ?      Oui                                  Non

Si OUI : lequel et pourquoi ? .....

traitement à la maison ?                                  OU                                   traitement en permanence avec le jeune?

(une copie de l'ordonnance est obligatoire si les médicaments doivent être administrés par le personnel du RdVAdos)

## 6. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / RESPONSABLES LEGAUX

Indiquez **les diverses particularités** pouvant concerner le jeune (régime alimentaire, port de drains, lunettes, maladie, crises convulsives, hospitalisation... ) en précisant **les précautions à prendre** :

### \* REGIME ALIMENTAIRE :

Sans porc                                   Sans viande                                   Autre : .....

Je, soussigné ....., responsable du mineur, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du  
RDVAdos/Centre d'Animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement  
médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature :

