

FICHE SANITAIRE RDVADOS - 2024/25

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 2024 au 31 août 2025

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 RdVA dos à laisser partir mon enfant seul à la fin de sa journée au local, 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 3 double-pages 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 NON CONTRE INDICATION A LA FREQUENTATION D'UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS.

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 :