



FICHE DE RENSEIGNEMENT JEUNE MINEUR
AUTORISATION PARENTALE
15^{ème} BIENNALE DES JEUNES HOSPITALIERS FRANCOPHONES
Du 1^{er} au 3 Mai 2020

Renseignements sur le Jeune mineur

Nom : Prénom: Date de naissance :

Coordonnées des Parents ou du Représentant légal

→ Père Mère Représentant légal

Nom : Prénom :

Téléphone :

Adresse postale :

→ Père Mère Représentant légal

Nom : Prénom :

Téléphone :

Adresse postale :

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) (prénom Nom)

Père Mère Représentant légal

Autorise mon enfant, (prénom Nom)

à participer à la 15^{ème} biennale des jeunes hospitaliers francophones, à Chartres, du 1 au 3 Mai 2020,

Autorise le responsable de groupe, Baptiste Sitahar, coordinateur de la 15^{ème} biennale des jeunes hospitaliers francophones à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

A cet effet, je joins à cette autorisation une fiche sanitaire de liaison dûment remplie.

Autorise le responsable de groupe à faire sortir du service des urgences mon enfant si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

Fait à, le, Signature ^{1*}

Droit à l'image

Votre enfant peut être photographié par les organisateurs de la 15^{ème} biennale des jeunes hospitaliers francophones dans le cadre des activités proposées. Ces photos sont susceptibles d'être utilisées dans différents supports de communication de l'Hospitalité chartraine Notre-Dame de Lourdes. Une autorisation parentale écrite est nécessaire.

Je soussigné(e) (prénom Nom)

Père Mère Représentant légal

Autorise les organisateurs de la 15^{ème} biennale des jeunes hospitaliers francophones à photographier mon enfant et à utiliser ces photos sur différents supports de communication.

Fait à, le, Signature ^{1*}

^{1*}Veillez faire précéder votre signature de la mention "Lu et approuvé - Bon pour autorisation parentale"



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :

Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Adresse:.....	
.....	

Accueil :

15^{ème} biennale des jeunes hospitaliers francophones

Maison diocésaine de la Visitation 22-24 avenue d'Aligre, 28000 CHARTRES,

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Médicamenteuses	Asthme
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Alimentaires	Autres
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes?

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

.....

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Père Mère Représentant légal

Nom : Prénom :

Téléphone :

Adresse:.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Je soussigné,
responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : et Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :