

## 13ème biennale des jeunes hospitaliers Francophones **MARSEILLE**

14 au 16 Mai 2016

Fiche de renseignements Jeune mineur - Autorisation parentale

|                                     | Renseignements sur le Jeune mineur  |
|-------------------------------------|---|
| Nom :                               | Prénom: Date de naissance :   |
|                                     | Coordonnées des Parents ou du Représentant légal  |
| □ Père                              | □ Mère □ Représentant légal   |
| Nom:                                | Prénom:   |
|                                     | ·   |
| <b>=</b>                            | <u>(i)</u>  |
| □ Père                              | □ Mère □ Représentant légal   |
| Nom:                                | Prénom:   |
|                                     | <u>:</u>  |
| <b>2</b>                            |   |
|                                     | Autorisation Parentale  |
| Je souss                            | igné(e) <i>(prénom Nom)</i>   |
| □ Père                              | □ Mère □ Représentant légal   |
| <ul><li>Autori<br/>à part</li></ul> | ise mon enfant, <i>(prénom Nom)</i><br>iciper à la 13 <sup>ème</sup> biennale des jeunes hospitaliers francophones, à Marseille, du 14 au 16 Mai 2016,  |
| franco<br>intervo                   | ise le responsable de groupe, Gilles Bartoloméo, coordinateur de la 13 <sup>ème</sup> biennale des jeunes hospitaliers ophones à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, entions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de mon enfant. <i>A cet effet, je joins à cette risation une fiche sanitaire de liaison dûment remplie.</i> |
|                                     | ise le responsable de groupe à faire sortir du service des urgences mon enfant si le médecin des urgences que son état lui permet de retrouver son groupe.  |
| Fait à                              | , le, Signature <sup>1</sup>  |
|                                     | Droit à l'image   |
| francophosupports                   | nfant peut être photographié par les organisateurs de la 13 <sup>ème</sup> biennale des jeunes hospitaliers ones dans le cadre des activités proposées. Ces photos sont susceptibles d'être utilisées dans différents de communication de l'Hospitalité diocésaine Notre-Dame de Lourdes de Marseille. Une autorisation e écrite est nécessaire.                                      |
| Je souss                            | igné(e) (prénom Nom)  |
| □ Père                              | □ Mère □ Représentant légal   |
|                                     | les organisateurs de la 13 <sup>ème</sup> biennale des jeunes hospitaliers francophones à photographier mon enfant er ces photos sur différents supports de communication.  |
| Fait à                              | , le, Signature <sup>1</sup>  |

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Veuillez faire précéder votre signature de la mention **"Lu et approuvé - Bon pour autorisation parentale"** 



Code de l'action sociale et des familles

## 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 :   | <br>□ fille |      | <br>] garçon | ) [        | Date de r  | naissance :                 |    |     |                 |  |  |  |
|--|-------------|------|--------------|------------|------------|-----------------------------|----|-----|-----------------|--|--|--|
| Nom :  |             |      |              | F          | Prénom :   |                             |    |     |                 |  |  |  |
|  | Adresse :   |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Accueil :  |             |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| 13 <sup>ème</sup> biennale des jeunes hospitaliers francophones Marseille - du samedi 14 au lundi 16 Mai 2016 Ecole Lacordaire, 7 boulevard Lacordaire, 13013 Marseille,  I - Vaccinations: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) |             |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Vaccins obligatoires   | oni         | non  | Dernier rapp |            |            | Vaccins<br>recommandés      |    | non | Date            |  |  |  |
| Diphtérie  |             |      |              |            | Hépatite B |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Tétanos  |             |      |              |            | Rubéole    |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Poliomyélite   |             |      |              |            | Coquel     | uche                        |    |     |                 |  |  |  |
| ou DT polio  |             |      |              |            | Autres     | s (préciser)                |    |     |                 |  |  |  |
| ou Tétracoq  |             |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| B.C.G.   |             |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| 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 <b>traitement médical</b> pendant le séjour ?   |             |      |              |            |            |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Attention : aucun  | médic       | ame  | ent ne po    | ourra êtı  | re pris sa | ıns ordonna                 | nc | е.  |                 |  |  |  |
| L'enfant a-t-il déjà   | eu les      | ma   | ladies su    | iivantes ' | ?          |                             |    |     |                 |  |  |  |
| Rubéole  | V           | aric | elle         | Angine     |            | Scarlatine                  |    |     | Coqueluche      |  |  |  |
| □ oui □ non  | □ οι        | ıi   | □ non        | □ oui      | □ non      | □ oui □                     | no | n   | □ oui □ non     |  |  |  |
| Otite  | Ro          | ouq  | eole         | Orei       | llons      | Rhumatisme articulaire aigu |    |     | rticulaire aigu |  |  |  |

□ oui □ non

□ oui □ non □ oui □ non □ oui □ non

| Allergies : médicamenteuse alimentaires  Préciser la cause de l'aller                                  | □ oui                                      | □ non   | autres                                |                                      | □ non □ non   |
|--|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Indiquer les <b>difficultés de</b> opération, rééducation) en p  |  |   |                                       |                                      | ospitalisation,                                       |
| III - Recommandations Préciser si l'enfant porte des l   |  | s prothèses au                                      | ditives, des prothè                   | ses denta                            | aires, etc?   |
| IV - Responsable légal d  □ Père □ Mère □ R  Nom :   | eprésenta                                  | ant légal<br>Prénd                                  | om :                                  |                                      |   |
| Je soussigné,responsable légal de l'enfar autorise le responsable du médical, hospitalisation, interve | t, <b>déclare</b><br>séjour à <sub>l</sub> | exacts les rer<br>prendre, le ca<br>vicale) rendues | nseignements por<br>s échéant, toute: | tés sur d<br>s mesure<br>l'état de l | cette fiche et<br>es ( <i>traitement</i><br>l'enfant. |