



**ACADÉMIE
DE CORSE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

“**DOSSIER MÉDICAL**”

DISPOSITIF RÉGIONAL D'ACCÈS AU SPORT DE HAUT NIVEAU



Saison 2021-2022



ACADÉMIE DE CORSE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CENTRE DU SPORT ET DE LA JEUNESSE DE CORSE
Chemin de la Sposata - 20090 Ajaccio - Tél : 04 95 10 65 10

+ IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

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)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication.

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : _____ Kg Taille : _____ cm (information nécessaires en cas d'urgence)

suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALIMENTAIRES

☐ OUI

☐ NON

MEDICAMENTEUSES

☐ OUI

☐ NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen...) :

☐ OUI

☐ NON

Précisez :

Si oui, joindre un précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser

☐ OUI

☐ NON

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

tél domicile :

tél travail :

tél portable :

mail :

Responsable N°2

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

tél domicile :

tél travail :

tél portable :

mail :

Je soussigné(e) _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : __/__/____
Signature :



ACADÉMIE DE CORSE

Liberté

Égalité

Fraternité

ACADEMIE DE CORSE

DRAJES Pôle Sport

immeuble Castellani CS 13001

20700 AJACCIO Cedex 9

