



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom - Prénom de l'enfant :

GARÇON

FILLE

Date et lieu de naissance : à

<u>Responsable légal de l'enfant</u>	<u>Conjoint</u>
Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Adresse :	Adresse :
Merci de cocher le numéro à utiliser en priorité	Merci de cocher le numéro à utiliser en priorité
Tel fixe :	Tel fixe :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :

Allocataire : CAF MSA Autre

Numéro CAF / MSA (obligatoire) :

Quotient Familial :

(joindre attestation, en l'absence du document, le tarif le plus haut sera appliqué)

Attestation responsabilité civile (joindre document) :

Personnes à prévenir en cas d'urgence autre que les parents (obligatoires) :

- | | |
|--------------|--------------|
| - Nom/prénom | - Nom/prénom |
| - Téléphone | - Téléphone |
| - Qualité | - Qualité |

	OUI	NON	EN COURS
J'autorise le transport de mon enfant dans un véhicule de la MJC			
J'autorise mon enfant à rentrer seul			
Droit à l'image Lors de votre inscription, ou celle d'un tiers, vous acceptez le fait que votre image ou celle de vos enfants (photos ou vidéos prises dans le cadre des activités de la MJC) soit utilisée à des fins non commerciales de communication interne ou externe de l'association, ainsi qu'à son usage dans le domaine public par les médias dans le secteur de l'information uniquement.			
Régime alimentaire L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel :			
Votre enfant dispose t-il d'un P.A.I ? Si oui merci de nous fournir les documents de son PAI			
Votre enfant dispose t-il d'une reconnaissance MDPH ?			
Vaccins J'atteste que les vaccinations de mon enfant sont à jour (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication)			
Votre enfant est-il un suivi particulier ? Si oui, lequel :			
Que souhaitez-vous nous signaler à propos de votre enfant ?			

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter

Signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler, fournir une ordonnance avec médicament dans la boîte d'origine avec nom prénom de l'enfant)

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....

Je soussigné(e),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 :

Signature :