

Autorisations parentales :

	Oui	Non
En cas d'accident, j'autorise l'équipe de direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) jugés nécessaires par le médecin.		
Mon enfant sait nager		
J'autorise la pratique de toutes activités physiques à l'exclusion de		
J'autorise que mon enfant soit pris en photo		
J'autorise la MJC à utiliser ces photos (presse, site internet)		
(Pour les plus de 8 ans) J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'accueil de loisirs à partir de 17h00 – sauf animation prévue		

Informations complémentaires :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant + lien avec l'enfant :

.....
.....
.....



EN CAS DE DIVORCE OU DE SÉPARATION DES PARENTS, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DU JUGEMENT FIXANT LE MODE DE GARDE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT ET DE DONNER AUX ANIMATEURS DE L'ACCUEIL DE LOISIRS LE NOM ET LE NUMERO DE TELEPHONE DU PARENT CONCERNÉ SUR LA / LES PERIODE(S) D'ACCUEIL.

Cette fiche sera conservée par la MJC un an (de juin à juin), merci de bien vouloir mettre à jour la fiche sanitaire si changement de situation, problèmes médicaux...

Je soussigné.e responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature



Accueil de loisirs

Fiche de renseignements

ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / / Age :

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :

Clé :

PARENT 1

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. dom : ____/____/____/____/____ Tél. port : ____/____/____/____

Tél. professionnel : ____/____/____/____

PARENT 2 (si adresse différente de celle du parent 1)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. dom : ____/____/____/____/____ Tél. port : ____/____/____/____

Tél. professionnel : ____/____/____/____

PARENT 3 (GRANDS PARENTS, ...) ayant la garde de l'enfant pendant son séjour

NOM :

Tél. port : ____/____/____/____

Fiche sanitaire

Accueil de loisirs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles de l'enfant.

Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Tél. urgence : ____/____/____/____/____

Médecin traitant :

NOM : Dr _____ Tél. : ____/____/____/____/____

Vaccinations :

Merci de fournir une photocopie des pages de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication. **Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

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

	Oui	Non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Angine		
Rhumatismes articulaire aigu		
Scarlatine		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

Traitements médicaux en cours ? Attention !

Si l'enfant suit un traitement médical, merci de joindre :

- l'**ordonnance récente** et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice ;
- une **autorisation** signée permettant aux animateurs d'administrer le médicament.

Aucun médicament ne sera donné sans ces documents.

Régime alimentaire : repas sans viande

Allergies :

Médicamenteuses : oui non si oui, présentation d'un certificat médical

Alimentaires : oui non si oui, présentation d'un PAI

Asthme : oui non si oui, présentation d'un certificat médical

Autres :

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Si automédication, merci de le préciser :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents :

Si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, merci de le préciser :

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Enfant porteur de handicap. Veuillez préciser :

.....

.....

.....