

# FICHE ACCUEIL JEUNES



## PARTIE À REMPLIR PAR LE JEUNE

Saison :

Nom de l'adhérent: ..... Prénom: ..... Sexe: M  F   
Date de naissance : .....  
Téléphone mobile : ..... e-mail : .....

Souhaiterais-tu communiquer une information à l'équipe d'animation ?

Je soussigné.e ..... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJC et de l'Accueil jeunes et m'engage à le respecter.

Fait à Brindas, le / / 20 Signature du jeune :

## PARTIE À REMPLIR PAR LES PARENTS

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**Vaccination obligatoire :** Joindre une photocopie du carnet de vaccination, ou renseigner les informations ci-dessous

DT Polio oui  non  date : ..... Autres : .....

Taille : ..... Poids : ..... Pointure : .....

Allergies Alimentaire oui  non  Médicamenteuse oui  non  Autre : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non  Si oui **joindre une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (boîtes, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec leurs notices.) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Appareil dentaire oui  non  Lunettes oui  non  Lentilles oui  non  Prothèses auditives oui  non

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui  non  si oui précisez : .....

L'enfant dispose-t-il d'un PAI ? oui  non  si oui joindre le document

Indiquez si nécessaire :

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

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Je soussigné.e, ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Jeunes de la MJC de Brindas à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :