

Saison :

FICHE ENFANT



Nom de l'adhérent:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :		
Téléphone mobile :	e-mail :	

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 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 :