



Saison 2022-2023

## FICHE SANITAIRE

Noms de l'enfant : ..... Prénoms : ..... Sexe : M  F   
Date de Naissance : ..... Age : .....

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Noms : .....	Noms : .....
Prénoms : .....	Prénoms : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Numéro de téléphone : .....	Numéro de téléphone : .....
Adresse e-mail : .....	Adresse e-mail : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Personnes habilitées à venir récupérer l'enfant	
Nom/Prénom : .....	N° téléphone : .....
Nom/Prénom : .....	N° téléphone : .....
Nom/Prénom : .....	N° téléphone : .....

### Renseignements

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

DT Polio Oui  Non  Date : ..... Autres : .....

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

**Allergies** : Alimentaires 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, marqués au nom de l'enfant avec leurs notices**). **Aucun médicament ne pourra être administrés sans ordonnance.**

L'enfant porte-t-il (entourez si oui) : un appareil dentaire des lunettes des lentilles une prothèse auditive Autre : .....

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, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

#### Autorisation parentale

J'autorise mon enfant à rejoindre seul son domicile après l'accueil du centre de loisirs ou stage multi-activités ?

Oui  Non

J'autorise mon enfant à voyager par tous les moyens de transports proposés par la MJC ?

Oui  Non

J'accepte que l'image et la voix de mon enfant soient utilisées pour des supports de communication de la MJC ?

Oui  Non

J'autorise la MJC à maquiller mon enfant lors d'évènements spéciaux (booms, fêtes...) ?

Oui  Non

#### Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : .....

N° Portable : .....

N° Professionnel : .....

#### Recommandations utiles

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

Je soussigné.e, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du secteur enfance et directeur du centre de loisirs 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. Par cette signature, j'accepte le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.

Date : .....

Signature