|  |
| --- |
| **Saison 20…-20…** |

**FICHE SANITAIRE**

|  |
| --- |
| Noms de l’enfant :…………………………………. Prénoms :………………………………….. Sexe : M F  Date de Naissance :………………………………. Age :………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsable légal 1** | **Responsable légal 2** |
| Noms : ………………………………………………………..  Prénoms : ……………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………  …………………………………………………………………  Numéro de téléphone : ……………………………..  Adresse e-mail : ………………………………………….  Date de naissance : ………………………………………. | Noms : ………………………………………………………..  Prénoms : ……………………………………………………  Adresse : …………………………………………………….  ………………………………………………………………….  Numéro de téléphone : ……………………………..  Adresse e-mail : ………………………………………….  Date de naissance : …………………………………….. |
| **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 échant, 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