



Saison 2026-2027

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant :		Prénom :	
Date de Naissance :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Activité professionnelle actuelle :		Activité professionnelle actuelle :	
Adresse :		Adresse :	
Numéro de téléphone :		Numéro de téléphone :	
Adresse e-mail :		Adresse e-mail :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant			
Nom/Prénom :		N° téléphone :	
Nom/Prénom :		N° téléphone :	
Nom/Prénom :		N° téléphone :	

RENSEIGNEMENTS	
Personne à prévenir en priorité en cas d'urgence : Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Autre :	
Régime alimentaire particulier : <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'enfant a-t-il une attestation d'aisance aquatique, savoir nager <i>Si oui, joindre cette dernière</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AUTORISATION PARENTALE	
J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à voyager par tous les moyens de transports proposés par la MJC (minibus, TCL, car de tourisme, ...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise l'utilisation de l'image et de la voix de mon enfant pour les supports de communication de la MJC ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la MJC à maquiller mon enfant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CAS PARTICULIERS	
Couples divorcés ou séparés : en cas de garde alternée, merci de nous communiquer les périodes de garde afin que nous sachions quel parent viendra récupérer l'enfant.	
Si un représentant légal n'a pas l'autorisation de récupérer l'enfant, joindre un extrait de la décision de justice.	
N'hésitez pas à contacter la direction : mail : enfance@mjc-brindas.fr Tel. : 06.35.51.74.27	

VACCINATIONS		
Vaccins obligatoires Cerfa 10008*02	Vaccins recommandés	
Diphthérie Tétanos	Polyomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq	Hépatite B Rubéole Oreillon Coqueluche BCG
Joindre une photocopie du carnet de vaccination <i>Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication</i>		
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		
Allergies :	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :		
.....		
L'enfant suit-il un traitement médical ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, joindre une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine, nom de l'enfant inscrit, avec les notices).</i>		
<u>ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.</u>		
L'enfant dispose-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, joindre le document</i>		
L'enfant dispose-t-il d'une notification MDMPH (Maison départementale métropolitaine des personnes handicapées) ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui, joindre le document</i>		
Porte-t-il :	appareil dentaire <input type="checkbox"/>	lunettes <input type="checkbox"/>
	lentilles <input type="checkbox"/>	prothèse auditive <input type="checkbox"/>
Autres :		
Difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :		
.....		
.....		
.....		
.....		

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Par cette signature :

- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- J'autorise le.a responsable du secteur enfance et directeur.rice 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.
- J'accepte le règlement intérieur et le projet pédagogique de l'Accueil de Loisirs.

Date :

Signature.s