

FICHE SANITAIRE

PARTIE A REMPLIR PAR LE/LA JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : ____/____/20____ Portable de l'enfant : ____/____/____/____/____
 E-mail de l'enfant : _____

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'Espace jeunes et m'engage à le respecter.

Fait à Brindas, le ____/____/20____

Signature du/de la jeune :

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : ____/____/20____ Portable en cas d'urgence : ____/____/____/____/____
 E-mail : _____
 Adresse postale : _____

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à rentrer seul de la MJC

☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transports proposés par la MJC (minibus, TCL, train...)

☐ Oui ☐ Non

Droit à l'image, la MJC peut utiliser l'image de mon enfant en tant :

☐ qu'outil pédagogique ☐ que support de communication ☐ Non

RENSEIGNEMENT MEDICAUX

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

Allergies : Alimentaire ☐ Oui ☐ Non Médicamenteuse ☐ Oui ☐ Non Autres _____

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

L'enfant suit-il un traitement médical et/ou dispose-t-il d'un PAI ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui joindre les documents et médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Régime alimentaire particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez : _____

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'Espace 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.

Fait à Brindas, le ____/____/20____

Signature :