

FICHE SANITAIRE

MJC des 2 Rives – Accueil de loisirs - 2021 / 2022

NE RIEN ECRIRE ICI

Vaccins
Attestation QF
iNoé

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Téléphone à appeler en priorité : __ / __ / __ / __ / __

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER oui non

SI OUI : SANS

LES PARENTS

Parent 1

Nom :

Prénom :

Portable :

Tel travail :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Portable :

Tel travail :

Adresse :

C.P / Ville :

E-mail :

N° allocataire CAF ou MSA (**obligatoire**) :

Quotient familial :

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant autre que les parents :

Nom	Prénom	Téléphone
..... / /	__ / __ / __ / __ / __
..... / /	__ / __ / __ / __ / __
..... / /	__ / __ / __ / __ / __

Je, soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable de l'accueil de loisirs (ou du Séjour) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. **Je reconnais avoir lu(e) et accepté(e) le règlement intérieur disponible sur www.mjcdes2rives.fr**

AUTORISATION CAF :

J'autorise les personnes habilitées par la CAF au sein de la structure à consulter mes informations (uniquement le quotient familial) sur le portail partenaires CAF (CDAP). **En cas de refus merci de fournir une attestation de quotient familial.**

Oui Non

AUTORISATION DE TRANSPORTS :

J'autorise le transport de mon enfant en transport collectif urbain, autocar, mini-bus, ou voitures particulières assurées pour le déplacement d'enfants, dans le cadre de sorties / séjours organisées par l'association.

Oui Non

AUTORISATION PHOTO / FILM :

J'autorise l'exposition et / ou la diffusion des photos/films réalisés dans le cadre de l'accueil de loisirs (presse ou support de communication hors réseaux sociaux) sur lesquels apparaît mon enfant.

Oui Non

Date / / 20

Signature(s) :

Merci de remplir le verso intégralement →



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Merci de fournir une photocopie du carnet de vaccination
Pour les enfants nées à partir de 2018 merci de fournir une attestation médicale d'aptitude à la vie en collectivité

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

***Tous les champs sont obligatoires**