

FICHE SANITAIRE

L'ENFANT



NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

FILLE ☐ GARÇON ☐

PHOTO
pour les
camps

1 – ADMINISTRATIF

RESPONSABLES DE L'ENFANT N° ALLOCATAIRE CAF OU MSA Je n'ai pas de numéro d'allocataire ☐

● NOM PRÉNOM

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

ADRESSE.....CODE POSTALVILLE



TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

@ Email : (Vous permettra de recevoir nos plaquettes d'activités)

Et/ou (si différent)

● NOM PRÉNOM

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

ADRESSE.....CODE POSTALVILLE



TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

@ Email : (Vous permettra de recevoir nos plaquettes d'activités)

2 – AUTORISATIONS

Le responsable légal autorise, la (les) personne(s) ci-dessous, à venir chercher l'enfant à la sortie des activités (cocher)

Père ☐ Mère ☐ Mon enfant part seul ☐

Autre ☐ Nom Prénom Nom Prénom

Autorise la MJC à utiliser l'image de mon enfant à des fins d'animations et d'illustrations promotionnelles et/ou informatives de ses activités.

Autorise la MJC à transporter mon enfant sur les lieux d'activités.

3 – REGIME ALIMENTAIRE

SANS PORC ☐ ALLERGIES oui ☐ non ☐ (précisez le PAI ci-dessous) AUTRE ☐ précisez

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.



LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, allergies, asthme, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ **joindre un protocole** (PAI ou ordonnance médecin)

Précisez la cause, les précautions et la conduite à tenir.

AUTRES RECOMMANDATIONS (appareils auditif, dentaires, lentilles, lunettes ...)

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....

NOM DE JEUNE FILLE

NOM DE LA MUTUELLEN° de la mutuelle :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT



Contact en cas d'urgence si autre que les responsables légaux :

Nom Prénom tél qualité.....

Nom Prénom tél qualité.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, à remplir **OBLIGATOIREMENT**).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
				BCG	

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

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ précisez :

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant mouille t'il son lit: oui ☐ non ☐

Votre fille est elle réglée: oui ☐ non ☐

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A Avrillé le :

Signature :