

# FICHE SANITAIRE

L'ENFANT



2019-2020

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

FILLE  GARÇON

PHOTO

## 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 POSTAL .....VILLE .....



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 POSTAL .....VILLE .....



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

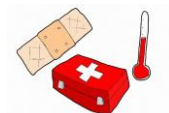
SANS PORC  ALLERGIES oui  non  (précisez le PAI ci-dessous) AUTRE  précisez .....

## 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 MUTUELLE .....N° 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.....

**5 - 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 : .....

**6- 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 :