

# 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 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 .....

 <b>Contact en cas d'urgence</b> 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	
<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 : .....

**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 :
----------------	-------------