



FICHE SANITAIRE ENFANT/JEUNE 2018/2019

ENFANT/JEUNE Garçon Fille

NOM :

PRENOM :

DATE NAISSANCE :

Maternelle Élémentaire Collège/Lycée

Établissement Scolaire :

PERE / MERE (ou Responsable légal)

NOM :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....
.....

Situation familiale :

Profession :

Chômeur Étudiant Retraité

Régime Allocataire :

CAF MSA Fonction publique Autre

N° CAF Quotient Familial

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone travail

Courriel :

.....

PERE / MERE

NOM :

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....
.....

Situation familiale :

Profession :

Chômeur Étudiant Retraité

Régime Allocataire :

CAF MSA Fonction publique Autre

N° CAF Quotient Familial

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone travail

Courriel :

.....

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la MJC à réaliser et/ou à diffuser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant.

Site internet MJC Réseaux Sociaux Documents internes de la MJC

DECHARGE DE RESPONSABILITE

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non

J'autorise mon enfant à rentrer avec : Mme/Mr..... Tel

Mme/Mr..... Tel.....

TRAITEMENT DES DONNEES / REGLEMENT INTERIEUR

J'accepte que mes données personnelles soit traitées informatiquement par la MJC Bulles d'Hères et pour son usage exclusif

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte les conditions.

REGIME ALIMENTAIRE

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans Porc | <input type="checkbox"/> Sans Viande |
| <input type="checkbox"/> Sans Poisson | <input type="checkbox"/> Sans Œufs |
| <input type="checkbox"/> Sans Lait | <input type="checkbox"/> Sans Gluten |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | |

GRUPE SANGUIN

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A+ | <input type="checkbox"/> A- |
| <input type="checkbox"/> B+ | <input type="checkbox"/> B- |
| <input type="checkbox"/> AB+ | <input type="checkbox"/> AB+ |
| <input type="checkbox"/> O+ | <input type="checkbox"/> O- |

ALLERGIES

- Asthme Médicamenteuse Alimentaire Autre(s) (Préciser)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

VACCINATIONS / TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant est il à jour des vaccins (DT POLIO) : Oui Non Date :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

Traitement Médical pendant l'animation : Oui Non

Si oui, une ordonnance médicale récente ainsi que les médicaments (dans leur(s) boîte(s) d'origine) devront être remis à l'équipe jeunesse. Sans l'ordonnance, aucun traitement ne sera donné à l'enfant.

Médecin Traitant : Tel :

Médecin Spécialiste : Tel :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Votre enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher les cases correspondantes)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Asthme |

RECOMMANDATIONS UTILES/DIFFICULTES

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche et autorise les responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le

Signature du responsable légal