





# FICHE SANITAIRE ENFANT/JEUNE 2020/2021



## REGIME ALIMENTAIRE

- Sans Porc       Sans Viande       Sans Œufs  
 Sans Poisson       Sans Gluten       Sans Lait  
 Autre(s) :

## GRUPE SANGUIN

- A+       A-       AB+  
 B+       B-       AB-  
 O+       O-

## ALLERGIES

- Asthme       Médicamenteuse       Alimentaire       Autre(s)

Précisez 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)

- Rubéole       Varicelle       Angine       Rhumatisme       Scarlatine  
 Coqueluche       Otites       Rougeole       Oreillons       Asthme

## RECOMMANDATIONS UTILES/DIFFICULTES+

Autre personne susceptible de vous joindre en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

En inscrivant votre enfant, vous acceptez que la MJC Bulles d'Hères mémorise et traite informatiquement ses données médicales collectées dans ce formulaire pour l'usage exclusif du personnel de la MJC, des personnes secouristes et/ou médicales devant intervenir en cas d'urgence et conformément à la déclaration de confidentialité de l'association.

*Les « informations médicales » sont des informations que vous jugez utiles de nous communiquer. Elles seront communiquées uniquement à du personnel médical ou de secours en cas d'urgence ou d'accident.*

*Ces données sont conservées pendant 6 mois à compter du départ du membre de l'association.*

*En cas d'opposition au traitement de ces données, et si ces clauses vous semblent abusives, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en adressant un courrier électronique à l'association : [infos@mjc-bullesdheres.fr](mailto:infos@mjc-bullesdheres.fr)*

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche et autorise les responsables 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