



NOM de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	
Matin <input type="radio"/> déposé à la MJC <input type="radio"/> navette Contamines	
Soir <input type="radio"/> repris à la MJC <input type="radio"/> navette Contamines	
Classe / Ecole Rentrée Sept 2017 :	

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**Accueil de loisirs MJC ST GERVAIS**

Responsable(s) Légal(aux)	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Mail		
Tel domicile		
Tel mobile		
Tel travail		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) & autorisées à venir chercher l'enfant		
Nom, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

**AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

Régime de sécurité sociale :  Régime général  MSA  Autre : .....

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

Numéro d'allocataire CAF : .....

**SI L'ENFANT RENTRE SEUL**, merci de remplir l'autorisation suivante (**plus de 6 ans uniquement**) :  
Je soussigné, représentant légal de l'enfant ....., l'autorise à partir seul de l'accueil de loisirs à 17h30.

Nom et signature :

**SI UNE TIERCE PERSONNE (AUTRE QUE LES RESPONSABLES LEGAUX) DOIT VENIR CHERCHER L'ENFANT, MERCI DE NOUS INDIQUER SON NOM PAR ECRIT LE MATIN-MEME. SEULES LES PERSONNES MAJEURES POURRONT VENIR CHERCHER LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.**

**INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L'ENFANT :**

**\* Vaccinations :**

Vaccins obligatoires :

- Diphthérie  oui  non  
Tétanos  oui  non  
Poliomyélite  oui  non **Ou** DT Polio  oui  non / **Ou** Tétracoq  oui  non

Vaccins recommandés :

- BCG  oui  non  
Hépatite B  oui  non  
Rub-Oreill- Roug.  oui  non  
Coqueluche  oui  non  
Autres  oui  non Si oui, préciser : .....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.*

**\* Renseignements médicaux :**

- L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

- |                             |                              |                              |            |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Angine     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Varicelle                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Coqueluche                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Otite      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rougeole                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Oreillons  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rhumatisme articulaire aigü | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |            |                              |                              |

- L'enfant manifeste-t-il des **allergies** ?

- |              |                              |                              |                 |                              |                              |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| asthme       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| alimentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | autres          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

**\* En cas d'hématome :**

J'autorise l'administration d'Arnica sous forme de crème ou granules homéopathiques  oui  non

**\* Pour les enfants qui font l'objet d'un PAI**, merci de nous le signaler et de bien vouloir prendre RV avec la directrice préalablement à l'inscription.

*Si votre enfant a un traitement à prendre pendant sa présence à l'accueil de loisirs, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage, marqués au nom de l'enfant (sans quoi nous ne pourrions lui administrer). A remettre à la directrice / Ne pas laisser dans le sac de l'enfant.*

**\* Difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation ...)/ Précautions à prendre / Recommandations des parents / Régime alimentaire particulier :**

.....  
.....  
.....

Je soussigné, ....., agissant en qualité de père / mère / tuteur légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- **AUTORISE** le responsable du centre de loisirs à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale urgente
- **AUTORISE** la MJC à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ses outils de communication
- **AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs
- **CERTIFIE** avoir pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs et l'accepte
- **AUTORISE** la MJC à consulter nos données personnelles mentionnées sur le site de la CAF pour le calcul du tarif de l'accueil de loisirs.
- **DECLARE** exacts les renseignements portés ci-dessus et m'engage à les réactualiser si nécessaire

Nom, date et Signature :