



NOM de l'enfant	
Prénom	
Date de naissance	
Classe /Collège Rentrée Sept 2020 :	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Secteur Jeunes 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) & autorisés à reprendre 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 :

Je soussigné, représentant légal de l'enfant, l'autorise à rentrer seul de la MJC à la fin des activités de la journée (généralement 17h00).

Nom et signature :

SI UNE TIERCE PERSONNE (AUTRE QUE LES RESPONSABLES LEGAUX) DOIT VENIR CHERCHER L'ENFANT A LA MJC, MERCI DE NOUS INDIQUER SON NOM PAR ECRIT LE MATIN-MEME.

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT L'ENFANT :

*** Vaccinations :**

Vaccins obligatoires :

- Diphtérie 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 aigu | <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 RDV avec nous préalablement à l'inscription.

Si votre enfant a un traitement à prendre pendant sa présence en camps de vacances, fournir l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage, marqués au nom de l'enfant (sans quoi nous ne pourrions lui administrer). A nous le remettre / 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 :**

Pour les enfants qui ne mangent pas de porc, merci de l'indiquer ici.

.....
.....

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

- AUTORISE le responsable du camp de vacances à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale urgente
- AUTORISE, mon enfant à prendre la navette conduite par le responsable du secteur jeunes
- AUTORISE la MJC à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ses outils de communication (exemple : Site de la MJC, Facebook...)
- AUTORISE mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs
- CERTIFIE avoir pris connaissance du fonctionnement du Secteur jeunes et l'accepte
- AUTORISE la MJC à consulter nos données personnelles mentionnées sur le site de la CAF pour le calcul du tarif du camp de vacances.
- DECLARE exacts les renseignements portés ci-dessus

Nom, date et Signature :