



NOM de l'enfant	
Prénom	
Date de naissance	
Classe / Ecole Rentrée Sept 2019 :	

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 ECRIRE 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

- **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 du camp de vacances.

- **DECLARE** exacts les renseignements portés ci-dessus

Nom, date et Signature :