

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM et Prénom de l'Enfant :

Date de Naissance :

Sexe : Garçon Fille

Responsable légal de l'enfant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. travail :

Tél. portable(s) :

Email :

N° de Sécurité Sociale du responsable :

N° Allocataire CAF : Quotient Familial CAF :

(Données personnelles nécessaires pour la Tarification des séjours)

Si l'enfant est confié par une collectivité-ASE-IME etc...:

Désignation et Adresse de la collectivité :

.....

Tél. :

Nom du référent :

Tél. :

Renseignements Médicaux concernant l'Enfant

VACCINATIONS

(Merci de joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie du carnet de santé)

<u>Vaccinations obligatoires</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Derniers rappels</u>	<u>Vaccinations recommandées</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Derniers rappels</u>
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Hépatite B			
				Haemophilus			
				BCG			
				Autres...			

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

✓ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes** : (rayer la mention inutile)

<u>Rubéole :</u> Oui Non	<u>Rougeole :</u> Oui Non	<u>Scarlatine :</u> Oui Non	<u>Oreillons :</u> Oui Non	<u>Coqueluche :</u> Oui Non
<u>Angine :</u> Oui Non	<u>Otite :</u> Oui Non	<u>Varicelle :</u> Oui Non	<u>Asthme :</u> Oui Non	

✓ **Autres difficultés de santé** (hospitalisations, maladies, accidents, crises convulsives, etc.. en précisant les dates) et **précautions à prendre**:

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?**

SANS PORC

SANS VIANDE

✓ **Allergies et/ou problèmes de santé :**

⇒ Diabète Oui Non ⇒ Allergies médicamenteuses Oui Non

⇒ Allergies alimentaires Oui Non

⇒ Hypersensibilité au soleil Oui Non

Si oui, merci de préciser le type d'allergie, les causes, les signes évocateurs et conduites à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical ?**

Si oui, lequel ?

.....

(Joindre photocopie de l'ordonnance avec les médicaments dans l'emballage d'origine avec nom et prénom de l'enfant)

✓ **Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si oui, lesquelles ?**

.....

.....

✓ **Autres recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, prothèses dentaires - auditives etc...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS ** AUTORISATIONS

- ✓ Personnes (autres que responsables légaux) autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom : Tél. :

Nom/Prénom : Tél. :

Nom/Prénom : Tél. :

- ✓ Mon enfant peut-il rentrer seul ? **Oui** **Non**

- ✓ Photos/Prises de vue :

J'autorise la « MJC de POTIGNY » à réaliser des photos ou vidéos sur lesquelles peuvent apparaître mon enfant. Ces photos peuvent faire l'objet d'une parution dans un journal local (*Ouest France ou Nouvelles de Falaise*) ou sur d'autres supports pédagogiques liés à la structure d'accueil (*affiches, panneaux d'exposition, journal du centre, illustration du site internet de l'association MJC de Potigny*).

OUI

NON

- ✓ Assurances :

S'il le souhaite, chaque adhérent à l'association peut souscrire à un contrat d'assurance lié aux risques sportifs. Les conditions tarifaires et bulletins d'adhésion sont à votre disposition à la MJC.

- ✓ Déclaration du responsable légal :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à POTIGNY le :

SIGNATURE :

Organisateur : **Association MJC de POTIGNY**

BP 7 - 14420 POTIGNY

Contact : mjc.potigny@orange.fr

☎ : 02-31-40-75-23 * 06-72-36-57-26

