

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 24-25

ÉLÉMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION : (À remplir par la MJC)

Adhésion 24-25

Photocopie du carnet de vaccination Fiche Sanitaire Autorisation Parentale Quotient CAF 24 Quotient CAF 25 *

* à partir du 1er janvier 2025

➤ NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : Age : ans

Date de naissance : / / Sexe : M / F Poids : kg Taille : cm

➤ NOM ET PRÉNOM RESPONSABLE LEGAL 1 :

➤ NOM ET PRÉNOM RESPONSABLE LÉGAL 2 :

Adresse :

Adresse :

Tel :

Tel :

Mail :

Mail :

➤ N° de sécurité social dont dépend l'enfant (obligatoire) :

Nom et tel du médecin traitant (Facultatif) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

➤ Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

➤ Allergies : Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Autres (animaux, plantes, pollen) : Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

➤ Cet enfant présente-t-il un problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales, précautions à prendre et soins à apporter ? Oui Non

Si oui, précisez :

Si oui mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé).

➤ L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : Oui Non

Varicelle : Oui Non

Angine : Oui Non

Coqueluche : Oui Non

Oreillons : Oui Non

Otite : Oui Non

Rougeole : Oui Non

Scarlatine : Oui Non

Asthme : Oui Non

➤ Recommandation utile des parents : Ex : Port de lunettes, appareils dentaires ou auditifs, difficulté de sommeil, énurésie nocturne.

Je soussigné(e) , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de cet enfant. **En signant ce document, j'atteste que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

Date & Signature :