

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) ENFANT(S) FREQUENTANT LA MJC

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) et conduite à tenir à détailler sur la fiche sanitaire

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) à détailler sur la fiche sanitaire

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) à détailler sur la fiche sanitaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

NOM DE LA MERE : PRENOM DE LA MERE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

SITUATION : MERE AU FOYER DEMANDEUR D'EMPLOI SALARIEE AUTRE

NOM DE L'EMPLOYEUR :

NOM DU PERE : PRENOM DU PERE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

SITUATION : MERE AU FOYER DEMANDEUR D'EMPLOI SALARIEE AUTRE

NOM DE L'EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRESENTANT LEGAL

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

REGIME SOCIAL DE RATTACHEMENT : Général Agricole (MSA) Autre

N° ALLOCATAIRE CAF : QUOTIENT FAMILIAL :

MONTANT REVENUS NET IMPOSABLE : NOMBRE DE PARTS :

NOMBRE D'ENFANTS AU FOYER :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),

Autorise les personnes citées ci-dessous à venir prendre en charge mon (mes) enfant(s)

NOM : PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

NOM : PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

Autorise mon (mes) enfant (s) à rentrer seul au domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs

Autorise mon (mes) enfant(s) à être transporté(s) en car ou en minibus pour les sorties prévues dans le cadre des activités du centre de loisirs

Autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon (mes) enfant(s) (maladie, accident...)

Autorise le responsable du centre de loisirs à administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance

Autorise la MJC à utiliser toutes prises de vue (photos, vidéo...) de mon (mes) enfant(s), à des fins, publicitaires commerciales ou non.

Je soussigné(e),

Responsable légal de(s) l'enfant(s) précité(s), déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> <p style="font-size: 1.2em; margin: 10px 0;">2024/2025</p>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT
ELLE SERA DETRUITE EN FIN D'ANNEE SCOLAIRE.**

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et fournir une copie ou fournir une attestation de votre médecin).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? oui non

Si oui 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <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	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	
-----	--

OCCASIONNELLEMENT	
-------------------	--

OUI	
-----	--

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil de loisirs ou à défaut son adjointe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :