


## Autorisations parentales :

	Oui	Non
En cas d'accident, j'autorise l'équipe de direction à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de la mise en œuvre des traitements urgents (médicaux ou chirurgicaux) jugés nécessaires par le médecin.		
Mon enfant sait nager		
J'autorise la pratique de toutes activités physiques à l'exclusion de .....		
J'autorise que mon enfant soit pris en photo		
J'autorise la MJC à utiliser ces photos (presse, site internet)		
J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'accueil de loisirs à partir de 17h00 – sauf animation prévue - <b>(pour les plus de 8 ans)</b>		

## Informations complémentaires :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant + lien avec l'enfant :

.....  
.....  
.....

 **POUR LES ENFANTS EN GARDE ALTERNEE, MERCI DE BIEN VOULOIR DONNER SUR L'ACCUEIL DE LOISIRS LE NOM ET LE NUMERO DE TELEPHONE DU PARENT CONCERNE SUR LA / LES PERIODE(S) D'ACCUEIL.**

Cette fiche sera conservée par la MJC un an (de juin à juin), elle pourra être présentée ou demandée par les parents à chaque nouvelle inscription pour y noter d'éventuelles modifications.

Je soussigné ..... responsable  
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :



# Accueil de loisirs Fiche de renseignements

## ENFANT :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

Lieu de naissance : .....

**N° de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :**

..... Clé : \_\_\_\_

## MERE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. dom : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. port : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PERE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. dom : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. port : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARENT 3** (GRANDS PARENTS, ...) ayant la garde de l'enfant pendant son séjour

NOM : \_\_\_\_\_

Tél. port : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Fiche sanitaire

## Accueil de loisirs

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles de l'enfant.

Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

**Personne à prévenir en cas d'urgence :** \_\_\_\_\_

Tél. urgence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Médecin traitant :

NOM : Dr \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Vaccinations :

**Merci de fournir une photocopie des pages de vaccination.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication. **Attention :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

### Traitement médical en cours ? Attention !

Si l'enfant suit un traitement médical, merci de joindre :

- **l'ordonnance récente** et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice ;
- une **autorisation** signée permettant aux animateurs d'administrer le médicament.

**Aucun médicament ne sera donné sans ces documents.**

**Régime alimentaire :** repas sans viande

### Allergies :

**Médicamenteuses :** oui non si oui, présentation d'un certificat médical

**Alimentaires :** oui non si oui, présentation d'un PAI

**Asthme :** oui non si oui, présentation d'un certificat médical

**Autres :** .....

### **Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **Si automédication, merci de le préciser :**

.....  
.....  
.....  
.....

### **Recommandations utiles des parents :**

Si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, merci de le préciser :

.....  
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). Enfant porteur de handicap. Veuillez préciser :

.....  
.....  
.....  
.....