



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLSH

## SAISON 2020/2021

### ENFANT

NOM

Prénom

Date de naissance       Sexe :  F  M

École fréquentée

### RESPONSABLE LEGAL 1

Madame  Mademoiselle  Monsieur

NOM

Prénom

Date de naissance       Sexe :  F  M

Adresse

Code postal

Ville

Profession  Artisan/commerçant / Chef entreprise  Cadres / profession libérale  Ouvrier  
 Employés  Etudiants  Retraité  Sans activité professionnelle

Employeur

### RESPONSABLE LEGAL 2

Madame  Mademoiselle  Monsieur

NOM

Prénom

Date de naissance       Sexe :  F  M

Adresse

Code postal

Ville

Profession  Artisan/commerçant / Chef entreprise  Cadres / profession libérale  Ouvrier  
 Employés  Etudiants  Retraité  Sans activité professionnelle

Employeur



### CONTACTS



#### RESPONSABLE LEGAL 1

#### RESPONSABLE LEGAL 2

Tel Portable :	Tel Domicile :
Tel Domicile :	Tel Portable :
Tel Travail :	Tel Travail :
Mail : @	Mail : @



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

## VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ?  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 donné par l'équipe MJC sans ordonnance.*

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### ➤ ALLERGIES

ASTHME  Oui  Non      MÉDICAMENTEUSE  Oui  Non

ALIMENTAIRE  Oui  Non      AUTRE .....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours:      oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**PRECISIONS :** .....  
 .....  
 .....

➤ **DIFFICULTES DE SANTE**

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

Préciser les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

➤ **REGIME ALIMENTAIRE**

SANS REGIME                   SANS PORC                   VEGETARIEN

AUTRE .....

PRÉCISIONS : .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

- L'enfant porte-t-il des lunettes ?                   Oui                   Non
- ... des prothèses auditives ?                   Oui                   Non
- ... une prothèse ou un appareil dentaire ?                   Oui                   Non

Autres recommandations et **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

➤ Médecin traitant :

NOM 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone \_\_\_\_\_

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : ...../...../.....

Signature :

## AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties de la MJC Annemasse (y compris les baignades)  
 Oui       Non
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports motorisés organisés par la MJC pour se rendre au point d'accueil et sur les lieux d'activités.  
 Oui       Non
- J'autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (interventions médicales nécessaires).  
 Oui       Non
- Mon enfant est assuré personnellement en responsabilité civile et individuelle.  
 Oui       Non
- Je n'autorise pas la MJC Annemasse à utiliser les photos de mon enfant lors d'actions de communication, d'exposition, sans contrepartie pour l'ayant-droit.
- Je n'autorise pas l'utilisation de mon adresse mail pour recevoir des informations concernant les activités de la MJC Annemasse.

## PERSONNES HABILITEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT

<b>NOM Prénom</b>	<b>Téléphone</b>

Une pièce d'identité valide sera demandée le soir afin de vérifier l'identité de la personne référente venant récupérer l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJC Annemasse et en approuve les modalités d'inscription, de fonctionnement et de paiement. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche .

Date : ...../...../.....

Signature :

### PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile                           | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile  |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation de quotient familial        | <input type="checkbox"/> Copie de CNI/passeport de l'enfant   |
| <input type="checkbox"/> Copie des Bons CAF, le cas échéant                 | <input type="checkbox"/> Formulaire sortie de territoire complété + copie de la CNI/passeport du responsable signataire |
| <input type="checkbox"/> Copie des pages de vaccinations du carnet de santé |   |