



FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLSH

SAISON 2021/2022

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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- 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 :

.....

.....

.....

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

NOM Prénom	Téléphone

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 | |