



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALSH

SAISON 2024/2025

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie	<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"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétra coq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

PRECISIONS :

.....

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

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 A FOURNIR - Copies obligatoires

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile |
| <input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial ou Avis d'imposition | <input type="checkbox"/> Pièce d'identité de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Bons CAF | <input type="checkbox"/> Formulaire sortie de territoire complété + Pièce d'identité du responsable |
| <input type="checkbox"/> Pages de vaccinations du carnet de santé | <input type="checkbox"/> Règlement à joindre obligatoirement |