

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON M.J.C. /
ESPACE HELIOS LAMBRES LEZ DOUAI**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

Attention, en cas d'absence de fiche sanitaire, de fausse déclaration ou de déclaration partielle, la M.J.C. se réserve le droit de refuser l'enfant.

I. ENFANT NOM : PRENOM :

SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

Numéro allocataire CAF : **Nom allocataire**

II. VACCINATIONS **MERCI DE JOINDRE A CETTE FICHE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ (OBLIGATOIRE)**

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ?

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
..... / /
..... / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant la durée de l'accueil, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance.

V. AUTRES INFORMATIONS

L'ENFANT PEUT-IL REPARTIR SEUL DE LA MJC ?

non	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>

oui	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>
oui	<input type="checkbox"/>

SAIT-IL NAGER ?

EST-IL MALADE EN BUS ?

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

La M.J.C/Espace Hélios vous informe qu'il est nécessaire de souscrire à un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés durant les activités de la structure.

VI. RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>
ADRESSE :	ADRESSE :
.....
.....
N° de tél. :	N° de tél. :
MEDECIN TRAITANT :	N° de tél. :

VII. AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM-PRENOM	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

VIII. DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, donne à la MJC/ESPACE HELIOS l'autorisation :

- De photographier mon enfant dans le cadre des activités de la M.J.C.,
- D'utiliser ces images dans un but non lucratif de promotion de l'établissement,
- De publier à titre d'informations sur les réseaux sociaux de la M.J.C.

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Par la signature de ce document, j'accepte les règlements intérieurs ALSH 4/12 ans et 11/17 ans (*disponibles sur mjclambres.fr*).

DATE : Signature :