

FICHE SANITAIRE

Ces renseignements sont demandés aux familles dans le but:
· De sécuriser l'accueil de(s) l'enfant(s)
· De réaliser des statistiques de fonctionnement

J'accepte que ces informations soient transmises aux directeurs des accueils de loisirs et à l'équipe administrative de la structure :
OUI NON

ayant l'autorité parentale

ayant l'autorité parentale

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

Adresse mail (obligatoire) :
.....

Adresse mail (obligatoire) :
.....

Adresse de correspondance

.....
.....

Code Postal :

Ville :

Quartier (uniquement pour les portois):

Nombre de personnes composant le foyer de l'adhérent

Adultes (vous compris) : Enfants à charge (même majeur) : Adultes à charge:

Renseignements administratifs obligatoires

N° de sécurité sociale sous lequel est inscrit l'enfant (ou les enfants) :

Régime : CAF MSA NEANT

N° d'allocataire :

Personnes à contacter et autorisées à récupérer l'enfant (ou les enfants) hors parents cités ci-dessus

Aucune personne de moins de 14 ans ne sera autorisée à récupérer l'enfant (ou les enfants)

Nom et Prénom:

Nom et Prénom:

Téléphone :

Téléphone :

Nom et Prénom:

Nom et Prénom:

Téléphone :

Téléphone :

J'autorise mon enfant (ou mes enfants) allant au secteur jeunesse à rentrer seul(s): OUI NON

1er enfant inscrit

Nom de l'enfant :

Sexe :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Enfant en situation de handicap ?

Ecole :

Classe :

Enseignant :

Médecin traitant :

Téléphone :

DTP

Coqueluche _____ Haemophilus Influenzae de type B (méningite) _____

Méningocoque _____ ROR _____

Pneumocoque _____ Hépatite B _____

Problème de santé avec protocole médical (à remettre le jour de l'inscription)

Les allergies alimentaires, les premiers signes et conduite à tenir, devront être précisés sur l'ordonnance du médecin à l'intention de la Canopée MJC CS.
En cas de protocole particulier, avec ordonnance et médicaments d'urgence ces documents sont à remettre aux animateurs-trices, dans une trousse au nom de l'enfant.
Attention, fournir autant de trousse de médicaments que de lieux fréquentés par l'enfant.

Régime alimentaire :

2ème enfant inscrit

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Date de naissance :
Enfant en situation de handicap ?	Ecole :
Classe :	Enseignant :
Médecin traitant :	Téléphone :
DTP _____	Coqueluche _____ Haemophilus Influenzae de type B (méningite) _____
	Méningocoque _____ ROR _____
	Pneumocoque _____ Hépatite B _____
Problème de santé avec protocole médical (à remettre le jour de l'inscription)	
<small>Les allergies alimentaires, les premiers signes et conduite à tenir, devront être précisés sur l'ordonnance du medecin à l'intention de la Canopée MJC CS. En cas de protocole particulier, avec ordonnance et médicaments d'urgence ces document sont à remettre aux animateurs-trices, dans une trousse au nom de l'enfant.</small>	
<small>Attention, fournir autant de trousses de médicaments que de lieux fréquentés par l'enfant.</small>	
Régime alimentaire :	

3ème enfant inscrit

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Date de naissance :
Enfant en situation de handicap ?	Ecole :
Classe :	Enseignant :
Médecin traitant :	Téléphone :
DTP _____	Coqueluche _____ Haemophilus Influenzae de type B (méningite) _____
	Méningocoque _____ ROR _____
	Pneumocoque _____ Hépatite B _____
Problème de santé avec protocole médical (à remettre le jour de l'inscription)	
<small>Les allergies alimentaires, les premiers signes et conduite à tenir, devront être précisés sur l'ordonnance du medecin à l'intention de la Canopée MJC CS. En cas de protocole particulier, avec ordonnance et médicaments d'urgence ces document sont à remettre aux animateurs-trices, dans une trousse au nom de l'enfant.</small>	
<small>Attention, fournir autant de trousses de médicaments que de lieux fréquentés par l'enfant.</small>	
Régime alimentaire :	

4ème enfant inscrit

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Date de naissance :
Enfant en situation de handicap ?	Ecole :
Classe :	Enseignant :
Médecin traitant :	Téléphone :
DTP _____	Coqueluche _____ Haemophilus Influenzae de type B (méningite) _____
	Méningocoque _____ ROR _____
	Pneumocoque _____ Hépatite B _____
Problème de santé avec protocole médical (à remettre le jour de l'inscription)	
<small>Les allergies alimentaires, les premiers signes et conduite à tenir, devront être précisés sur l'ordonnance du medecin à l'intention de la Canopée MJC CS. En cas de protocole particulier, avec ordonnance et médicaments d'urgence ces document sont à remettre aux animateurs-trices, dans une trousse au nom de l'enfant.</small>	
<small>Attention, fournir autant de trousses de médicaments que de lieux fréquentés par l'enfant.</small>	
Régime alimentaire :	

Je soussigné-e Mme/M responsable légal-e de (des) l'enfant(s) inscrit(s) ci-dessus, l' (les) autorise(nt) à participer à toutes les activités (sur site ou lors de sorties pouvant nécessiter un transport) mises en place par le secteur enfance et jeunesse. Je certifie qu'il(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale à la pratique sportive et à la vie en collectivité. Dans le cas contraire, je dois fournir un certificat médical.

En inscrivant mon ou mes enfants en accueil de loisirs, en accueil périscolaire ou secteur jeunesse

J'autorise également l'affichage ou la diffusion de photos et vidéos (presse, exposition, site MJC CS ...) représentant mon (mes) enfant(s), lors des activités de la Canopée MJC Centre Social,

J'autorise le-la responsable de l'activité ou du séjour, à prendre, le cas échéant, toutes mesures : hospitalisation, intervention chirurgicale, traitement médical avec ordonnances et médicaments dans leur boîte d'origine, au nom de l'enfant, rendues nécessaires par l'état de l'enfant inscrit, étant entendu que nous serons prévenus dans les plus brefs délais.

Fait à Portes-lès-Valence

Signature du responsable légal-e (précédée de la mention lu et approuvé)