

FICHE SANITAIRE 2022/2023

Renseignements

NOM de l'enfant :

PRENOM de l'enfant :

SEXE : M ou F Date de naissance :

NOM du responsable :

PRENOM du responsable :

Adresse :

.....

Tel. Domicile : Tel. Travail :

Tel. Portable :

Vaccinations

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination. Merci d'apporter votre carnet pour faire des photocopies à la mjc.

| 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 Tétracoque | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pourquoi ?

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |

Indiquer ici d'autres difficultés en précisant la date (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation) :

| | |
|--|-----|
| | / / |
| | / / |
| | / / |

→ Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel (nom, posologie, mode d'administration) ?

.....

Si l'enfant doit suivre un traitement durant l'accueil de loisirs **joindre l'ordonnance aux médicaments**

→ L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? (Sans porc, sans viande, allergies...)

Sans viande : OUI NON

Sans porc : OUI NON

Autre :

→ L'enfant a-t-il d'autres difficultés de santé ?

.....

→ Autres recommandations des parents (sieste, pipi, etc...) ?

.....

Pour les enfants porteurs d'une maladie chronique ou d'une allergie

Conduite à tenir :

.....

Signes d'appel à surveiller (symptômes visibles) :

.....

Mesures à prendre en urgence (ordonnance ou instruction du médecin à joindre).....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

Autorisations parentales

Autorise la MJC à utiliser les photographies représentant mon enfant sur ses supports de communication : bulletins, plaquette, exposition et site internet de la MJC.

OUI NON

Autorise mon enfant à partir seul(e) à la fin de l'activité. Je dégage en ce cas la responsabilité de la MJC.

OUI NON

Information(s) particulière(s) à signaler à la MJC concernant le départ de l'enfant à la fin de l'Accueil de Loisirs

.....

Indiquez-la ou les personnes autorisées à récupérer l'enfant :

.....

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

Date :

Signature :

