



FICHE SANITAIRE

Espace-jeunes MJC La Marelle
2018/2019

| | |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| Nom de l'enfant : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Né(e) le : | Age : |
| N° de tél. portable de l'enfant : | |
| Email (important pour recevoir les informations) :@..... | |

Numéro d'allocataire de la CAF ou MSA :

Nom du responsable légal :

Nom du père : Prénom :

Adresse :

N° de tél. du domicile : N° de portable :

Employeur :

N° de tél. :

Nom de la mère : Prénom :

Adresse :

N° de tél. du domicile : N° de portable :

Employeur :

N° de tél. :

Autres numéros de téléphone en cas d'urgence :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

IMPORTANT : veuillez fournir une **photocopie des vaccins** du carnet de santé, ou avoir un certificat du médecin comme quoi les vaccins sont à jours.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui / Non *

Si Oui, lequel ? :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin. (Tous les médicaments doivent être signalés à l'équipe d'animation.)

Important :

Indiquez ici les difficultés de santé de votre enfant (allergie, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, phobies...)

.....

.....

Nombre de frères et sœurs :

J'autorise la diffusion de photographies de mon enfant, prises dans le cadre de séjours ou d'activités, dans la presse et/ou sur le compte facebook de l'Espace-jeunes : Oui / Non *

Autorisation et décharge de responsabilité

Je soussigné(e)

Responsable de

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre, déplacements à pied, en vélo, en minibus, les baignades (fournir test anti-panique et brevet de natation), les campings, les visites, les sports...
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir à l'extérieur du centre.
- Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicales, et les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- Je m'engage à rembourser à la MJC les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- Je m'engage à payer l'activité où mon enfant était inscrit et absent le jour de l'activité sans avoir prévenu l'équipe d'animation 48h à l'avance.

Fait à Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Commentaires, suggestions

.....
.....

* rayer la mention inutile