



FICHE SANITAIRE

Toutes les rubriques doivent être impérativement remplies

MJC PICHON
7 bld Recteur Senn
54000, Nancy
Tél : 03.83.37.62.91
Fax : 03.83.37.61.28

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ : GARÇON FILLE

NOMBRE DE FRÈRE(S) ET SŒUR(S) :

ÉCOLE FREQUENTÉE : CLASSE FREQUENTEE 2020-2021:.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal : Père- Mère- Tuteur	2eme Responsable légal : Père- Mère- Tuteur
NOM :PRENOM :	NOM :PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....TELEPHONES :TELEPHONES :
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro Allocataire :C.A.F. de.....Quotient Familial.....

AIDES AUX TEMPS LIBRES C.A.F. OUI NON Année :

Caisse de Sécurité Sociale de :

Numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Mutuelle : Numéro Mutualiste :

Assurance familiale couvrant l'enfant :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	
Diphtherie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un traitement médical? 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 pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS : (Allergie alimentaire, régime particulier, lunettes, lentilles, autre)

.....
.....
.....

REGIME SANS PORC REGIME SANS VIANDE

Je soussigné,, 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutique engagés au cours du séjours et à m'acquitter du solde du séjours au plus tard le jour du début de l'Accueil.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription aux activités de la MJC, ainsi que le règlement de l'Accueil de Loisirs qui m'a été remis.

Fait à Nancy, le

Signature des Parents :