



ENFANT	
NOM :	Prénom :
Date de Naissance : ____ / ____ / ____	Age :
Mail :	Tél Parents :
Adhésion 2021-2022 N° __ __	Portable de l'enfant le cas échéant :
Numéro de sécurité sociale (enfant)	

Responsable légal 1	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil
NOM - Prénom :	NOM - Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. Domicile :	Tél. Domicile :
Tél. Portable :	Tél. Portable :
Tél travail (employeur :)	Tél travail (employeur :)
Mail :	Mail :
Régime Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre :	Code postal du département : <input type="checkbox"/> 86000 <input type="checkbox"/> Autre : ____
N° d'allocataire :	Quotient Familial :

Personne autorisée à récupérer mon enfant :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Autorisations parentales :

L'enfant a-t'il son test d'aptitude aquatique ? ☐ OUI (fournir une copie) ☐ NON avec bouée ? ☐ OUI ☐ NON

☐ J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et de baignade mises en place par la MJC.

☐ J'autorise l'accueil de loisirs et toute personne mandatée à faire transporter mon enfant dans les véhicules assurés par la MJC La Vigne aux Moines ou d'une société de transport et en cas de nécessité dans le véhicule personnel d'un animateur.

☐ J'autorise, en cas d'urgence, la MJC et l'animateur présent à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques.

J'autorise mon enfant à quitter le centre **non accompagné**. Non ☐ Oui ☐ Si oui, à quelle heure ?

Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait le ____ / ____ / ____ à _____

Signature du responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
 MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Vos questions ou remarques éventuelles :

Cadre réservé à la MJC VAM :

Date de réception :

Points de vigilances éventuels :

Documents manquants :



MJC La Vigne aux Moines / rue des écoles 86310 St Germain
Coordination générale (Stéphanie) : 07.50.20.64.65/ accueil@mjcvam.fr
Secteur « enfance » (Pauline/Bergamote) : 07.83.32.11.41/ enfance@mjcvam.fr
Secteur « Jeunesse » (Chachou): 06.25.43.26.17/ jeunesse@mjcvam.fr

Site Internet : MJC VAM