



# Fiche d'informations sanitaires

Valide pour l'année 2022-2023

## Enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Genre :  M  F Né(e) le : .....  
Ecole : ..... Classe : .....  
N° de sécurité sociale : .....

## Responsables légaux

Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....
Nom Prénom : .....	Nom Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone personnel : .....	Téléphone personnel : .....
Téléphone professionnel : .....	Téléphone professionnel : .....
Situation familiale :	Situation familiale :
<input type="checkbox"/> Marié/pacsé	<input type="checkbox"/> Marié/pacsé
<input type="checkbox"/> Célibataire/séparé/ divorcé	<input type="checkbox"/> Célibataire/séparé/ divorcé
<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Concubinage
<input type="checkbox"/> Autres : .....	<input type="checkbox"/> Autres : .....

E-mail de correspondance entre la MJCI et les responsables légaux (obligatoire) :

.....

## Contacts en cas d'absence des responsables légaux et pour déposer/récupérer l'enfant

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Principal
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

Toutes personnes autres que les responsables légaux devront présenter une pièce d'identité pour récupérer l'enfant.  
Merci de prévenir à [ali@mjci.net](mailto:ali@mjci.net).

Autorise mon enfant à rentrer seul (seulement les enfants à partir du CM1) :  oui  non

### Recommandations sanitaires

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Régime alimentaire spécifique :  oui (précisez.....)  non

Allergie connues :

- Alimentaire : .....  Asthme : .....
- Médicaments : .....  Autres : .....

Si votre enfant a un PAI, merci de nous contacter à [ali@mjci.net](mailto:ali@mjci.net).

L'enfant a eu les maladies suivantes :

- Angine  Coqueluche  Diabète
- Oreillons  Otite  Rougeole
- Rubéole  Scarlatine  Varicelle

Autres difficultés de santé : .....

Précautions particulières à prendre : .....

L'enfant porte :

- Des prothèses auditives  Des lunettes  Des lentilles
- Des prothèses dentaires  Autres : .....

### Autorisations

Autorise la diffusion photo ou vidéo de mon enfant en interne

- Oui  Non

Autorise la diffusion photo ou vidéo de mon enfant en externe (Presse, site internet, page Facebook, supports de communication)

- Oui  Non

Autorise mon enfant à participer aux activités de la MJCI Les Clarines

- Oui  Non

Accepte le règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs (à lire sur [www.mjciilesclarines.fr](http://www.mjciilesclarines.fr))

- Oui  Non

Souhaite participer bénévolement aux activités de la MJCI

- Oui  Non

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait le : .....

Signature :