

FIGNE SANITAIRE DE LIAISON

1/ Vaccinations :

Merci de reporter les vaccins sur le tableau ci-dessous ou nous apporter le carnet de santé au moment de l'inscription pour la photocopie des vaccins.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date du dernier vaccin ou rappel
DT Polio			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

2/ Renseignements concernant l'enfant :

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

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (merci de signaler si automédication) :

Autres recommandations utiles des parents (difficultés de santé, port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, etc)

Nom et téléphone du médecin traitant : _____
____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Je soussigné(e), _____
_____, responsable légal de l'enfant,
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date: _____

Signature :

Accueil loisirs
Accueil jeunes
Accompagnement scolaire

Ateliers (préciser) : _____

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ / Garçon Fille

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

N° tél domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

N° tél travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE PROBLEME ET D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM : _____ Lien avec l'enfant (parent, ami, voisin, etc.) : _____

N° tél domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

N° tél travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

N° allocataire CAF : _____ Régime : RG Fonctionnaire MSA Autres

Nom du père : _____ Employeur du père : _____

Nom de la mère : _____ Employeur de la mère : _____

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Je soussigné(e) : Mme, Melle, M. : _____

Autorise les animateurs / intervenants à laisser partir mon enfant :

Seul

Accompagné(e) de : _____ N° de tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

ou de : _____ N° de tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

- Autorise mon enfant à participer à toutes les animations et sorties organisées dans le cadre de l'accueil loisirs, ludo-leçons, enjeux ados, activités structurées et sportives.
- **M'engage à prévenir** l'Antipode MJC Rennes **pour tout changement de situation** (familiale, adresse, téléphone, santé de l'enfant, etc...)
- M'engage à donner en temps voulu une **autorisation écrite** à l'Antipode MJC Rennes **si ponctuellement une autre personne devait venir chercher mon enfant.**
- Avoir pris connaissance du règlement suivant :
La responsabilité de la MJC **est engagée pendant les heures effectives de fonctionnement**. En aucun cas l'Antipode MJC Rennes **ne saurait être engagée pour les temps de trajet et d'attente avant et après les heures programmées** concernant toutes les activités.
Il est de plus de la responsabilité des parents de s'informer si l'activité (stage, atelier, accueil, etc.) a effectivement lieu. Si, pour des raisons exceptionnelles, l'intervenant devait être absent, votre enfant serait invité à retourner chez lui.
- Autorise les animateurs/intervenants de l'Antipode MJC Rennes à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités afin de les publier à buts non commerciaux (articles journaux, brochures internes, site Internet) : **oui** **non**

Date : _____

Signature(s) des responsables légaux :