Maison des Jeunes et de la Culture « Maison pour tous »
15, rue d'Alembert 91700 Sainte Geneviève des bois
Tél. : 01 60 15 26 58 - e-mail : contact@lamjc.fr

Fiche Sanitaire : année 2019/2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les sorties de votre enfant. Merci de remplir la fiche sanitaire pour chacune des personnes inscrites

NOM ET PRENOM : . . . . . .

Adresse mail * : . . . . . .

Portable* : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Tél. Domicile* : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Travail : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Intitulé Activité 1 : . . . . . .

Intitulé Activité 2 : . . . . . .

Intitulé Activité 3 : . . . . . .

I -Vaccinations : (joindre la photocopie du carnet de santé)

II—renseignements médicaux concernant l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISME	SCARLATINE
non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒	non ❒ oui ❒

ALLERGIES non ❒ oui ❒ Si oui lesquelles . . . . . .

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : *(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)*

. . . . . .

III—Recommandations des parents :

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Actuellement l'enfant suit il un traitement : non ❒ oui ❒ Si oui lequel : . . . . . .

N° de SS . . . . . .

Adresse du centre payeur. .....

Nom du titulaire de la police d'assurance .....

Nom de l'assurance ..... N° de Police assurance . . . . . .

Autorisation Parentale

Je soussigné M..... , responsable de l'enfant :

NOM ET PRENOM : .....

Inscrit sur l'activité : .....

Qui se déroule le ..... de .....

❒ autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité ❒ viendrais chercher mon enfant moi-même après l'activité

❒ autorise M..... à récupérer mon enfant après l'activité

Nom/Prénom/Signatures des parents :Le _ _ / _ _ / _ _ _ _ à .....

M.....

M.....

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

Date et Signature de l'adhérent majeur ou du responsable :