

1 - ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : | | |

GARÇON

FILLE

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse (pendant le séjour)

.....

.....

Téléphone fixe, domicile : Portable :

Bureau :

N° ALLOCATAIRE CAF :

QF :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

1 - déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales), rendues nécessaires par l'état de l'enfant : OUI NON

2 - autorise la MJC à prendre des photos de mon enfant et qu'elles soient publiées dans le journal, sur les programmes de la MJC, son site internet ou page Facebook : OUI NON

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez :

.....

.....

.....

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le stage ? **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 une allergie ?

ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)

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

à Morteau, le

SIGNATURE :