

 <p>PHOTO</p>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p style="text-align: right;">GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse (pendant le séjour)

.....

.....

Téléphone fixe, domicile : Portable :

Bureau :

N° ALLOCATAIRE CAF DU DOUBS :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

1 - déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la MJC 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 M.J.C. de Morteau à photographier ou filmer mon enfant : OUI NON

3 - autorise la M.J.C. de Morteau à faire transporter l'enfant, pour le besoin des activités du centre, en voiture individuelle ou par des moyens de transports collectifs (autobus, train...) : OUI NON

4 - autorise l'enfant à se rendre en Suisse avec l'ALSH lors des sorties : OUI NON

5 - autorise l'enfant à rentrer seul à la maison (après le centre de loisirs) : OUI NON
 Eventuellement, personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM – Prénom.....Tél.

NOM – Prénom.....Tél.

6 - autorise l'enfant à participer à toutes les activités organisées par le centre de loisirs :
 OUI NON

Si NON, lesquelles :

7 - j'atteste que mon enfant est en bonne condition physique et n'a pas de contre-indications médicales à la pratique des sports de plein air et qu'il sait nager ne sait pas nager

3 - VACCINATIONS

Fournir un certificat médical de vaccinations signé par le médecin traitant.

4 - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Joindre une attestation.

5 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant 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 PRIS SANS ORDONNANCE.

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

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLE | <input type="checkbox"/> VARICELLE | <input type="checkbox"/> ANGINES | <input type="checkbox"/> RHUMATISMES | <input type="checkbox"/> SCARLATINE |
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITES | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS | |

ALLERGIES :

- | | | | | | |
|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| ASTHME | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSES | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | AUTRES..... | | |

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

.....
.....

6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

Votre enfant suit-il un **RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** ? OUI NON

Si oui, précisez :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....

Votre enfant est-il pris en charge par le SESSAD (ADAPEI) ? OUI NON

à Morteau, le

SIGNATURE :