



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ : GARÇON FILLE

NOMBRE DE FRÈRE(S) ET SŒUR(S) : Taille : cm / Poids : kg

ÉCOLE FREQUENTÉE : CLASSE FREQUENTEE 2023-2024 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE (S) LEGAL (aux)

Responsable légal : Père- Mère- Tuteur	2ème Responsable légal : Père- Mère- Tuteur
NOM : PRENOM :	NOM : PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
Email :	Email :
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° Allocataire : CAF **Quotient Familial ***

AIDES AUX TEMPS LIBRES C.A.F.* OUI NON Année : * fournir les justificatifs

Sécurité Sociale de : N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Mutuelle : Numéro Mutualiste :

Assurance familiale couvrant l'enfant :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (destinés aux professionnels de santé)

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
COQUELUCHÉ OTITE ROUGEOLE OREILLONS COVID

REGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC SANS VIANDE PAI

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS : (Allergie alimentaire, régime particulier, lunettes, lentilles, autre)

.....

.....

Je soussigné,, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés au cours du séjour et à m'acquitter du solde du séjour au plus tard le jour du début de l'accueil.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription aux activités de la MJC, ainsi que le règlement de l'Accueil de Loisirs qui m'a été remis.

Fait à Nancy, le

Signature des Parents :