

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

2024/2025

ADHÉRENT (ou Responsable légal)

NOM

Prénom :

Tél. portable.....

ENFANT

Garçon Fille

NOM :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... Age :

École :

Classe / Instituteur :
.....

PAI OUI NON

AESH / AVS OUI NON

AEEH OUI NON

RÉGIME
ALIMENTAIRE

Pour des raisons pédagogique, nous ne proposons
que des repas végétariens.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		ASTHME	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ALLERGIES(lesquelles)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir
.....
.....

Si traitement pendant l'animation

oui

non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (Sans l'ordonnance aucun traitement ne sera donné à l'enfant)

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : Nom, adresse et numéro de téléphone
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS OBLIGATOIRE SI PAI :
.....

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise la MJC à réaliser et /ou à diffuser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant.

oui

non

DÉCHARGE DE RESPONSABILITE :

J'autorise Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant :.....autorise le
responsable de l'activité à faire soigner mon enfant et faire pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du
médecin consulté et m'engage s'il y a lieu à rembourser la MJC le montant des frais engagés.

- Déclare les renseignements portés ci-dessus exacts

Autres personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom Prénom :

N° tél :

Nom Prénom :

N° tél :

Fait à le..... Signature (pour les mineurs du responsable légal)

L'adhésion est l'acte par lequel vous soutenez concrètement le projet de la MJC Parmentier. Elle vous donne le droit de vous exprimer, de participer à l'évolution de ce projet lors de l'Assemblée Générale ou de tout autre temps proposé par l'équipe de la MJC ou à votre demande.

PERE / MERE ou Responsable légal

NOM

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....

Situation familiale :

Profession :

Employeur :

Régime Allocataire :

N° CAF..... Quotient Familial

Téléphone fixe.....

Téléphone portable.....

Téléphone travail.....

Courriel :

.....

PERE / MERE ou Responsable légal)

NOM

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Adresse :

.....

Situation familiale :

Profession :

Employeur :

Téléphone fixe.....

Téléphone portable.....

Téléphone travail.....

Courriel

.....

ADHÉRENT ENFANT

NOM : Prénom : Né(e) le :/...../.....

ADHÉRENT ENFANT

NOM : Prénom : Né(e) le :/...../.....

ADHÉRENT ENFANT

NOM : Prénom : Né(e) le :/...../.....

Je soussigné(e), déclare les renseignements portés ci-dessus exacts,

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJC Parmentier et m'engage à le respecter,

J'autorise la MJC Parmentier a communiquer les informations ci-dessus ou celles relatives aux activités à la CAF ou à la ville de Grenoble pour l'obtention ou la justification des subventions.

Fait à le Signature

Conformément à la législation européenne et nationale visant à la protection des données personnelles, : Vous pouvez demander la communication, rectification ou la suppression de toutes vos informations personnelles par mail : mjcparmentier@orange.fr