

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant. Elle évite de vous démunir du carnet de santé

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE</h1>	<p><b>① ENFANT :</b>      Garçon <input type="checkbox"/>      Fille <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : ____/____/____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p>
---	---

**② MEDECIN TRAITANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**③ VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou DT Polio</b>				Autres (préciser)	
<b>Ou Tétracoq</b>					
BCG					

**④ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ?      Oui  Non

**Si oui** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**      ASTHMES      Oui  Non       MEDICAMENTEUSES      Oui  Non   
    ALIMENTAIRES      Oui  Non       AUTRES \_\_\_\_\_

- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**⑤ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires ou auditives etc... :

\_\_\_\_\_

**Je soussigné,** \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare **exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**DATE :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SIGNATURE :**



N° d'adhérent :

Date : / / 2021

<b>ENFANT</b>		<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon
NOM :			
PRENOM :			
DATE DE NAISSANCE :			
ADRESSE POSTALE :			
TEL :			
<input type="checkbox"/> collégien <input type="checkbox"/> lycéen <input type="checkbox"/> étudiant			

<b>RESPONSABLE LEGAL</b>			
Civilité :	MME	M.	N° CAF :
NOM :			N° MSA :
PRENOM :			
ADRESSE :			
TEL :		MAIL :	
<input type="checkbox"/> Autorisez-vous votre enfant à partir seul ? (cochez si oui)			
<u>Noms et coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence :</u>			
<u>Nom des personnes autorisée à récupérer l'enfant :</u>			

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association **Moissac Animation Jeunes**, pour des raisons de statistiques et de contrôle, durant l'année civile en cours. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante : [presidence@e-maj.org](mailto:presidence@e-maj.org)

Pour plus d'informations, ou si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**SIGNATURE du responsable légal :**

**SIGNATURE de l'enfant :**

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) .....,  
 Agissant en mon nom personnel (ou de mon enfant),  
 Autorise l'association Moissac Animation Jeunes, à reproduire et exploiter mon image (ou celle de mon enfant) fixée dans le cadre de photographies pour la prestation de la promotion et de la communication de ses actions et ses activités.  
 Cette autorisation emporte la possibilité pour l'association, d'apporter à la fixation initiale de mon image toutes modifications, adaptations ou suppressions qu'il jugera utile. Elle pourra notamment l'utiliser, la publier, la reproduire, l'adapter ou la modifier, seule ou en combinaison avec d'autres matériels, par tous les moyens, méthodes ou techniques actuellement connues ou à venir.

Date : / /

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :**

**SIGNATURE DE L'ENFANT :**

