

Afin de vous éviter de remplir la fiche d'adhésion tous les ans et de faire le lien sur nos logiciels avec l'ensemble des membres qui composent votre foyer, nous vous demandons de bien vouloir renseigner le tableau ci-dessous.

COMPOSITION DU FOYER	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	
Nom :..... Prénom :..... Date de Naissance :..... Lien de parenté :.....	

Si certains renseignements venaient à changer ,
je soussigné (e)..... m'engage à en informer au plus
tôt la MCL .

Leà.....

Signature



Secteur Jeunes



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : 10 / 13 ans 14 / 17 ans

Fille Garçon

Mercredi - vendredi	<input type="checkbox"/>
Petites vacances	<input type="checkbox"/>
Vacances été	<input type="checkbox"/>

TRANSPORT : Matin soir

Ecole / collège

Observation

Adhésion le.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Garçon Fille

Régime: CAF MSA AUTRE

N° d'allocataire : _____

N° DE SECU : _____ / _____

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

1- NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ PORTABLE : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

TEL PRO : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ E-MAIL : _____ @ _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

2- NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ PORTABLE : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

TEL PRO : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ E-MAIL : _____ @ _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

INFORMATION IMPORTANTE concernant la situation familiale (famille d'accueil, parent décédé, séparation) :

EN CAS DE SEPARATION : Veuillez préciser les modalités de garde des enfants :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise le directeur de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

TELEPHONE AUTRES PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (par priorité) :

Noms prénoms	Lien avec l'enfant	Téléphone
M.....	
M.....	
M.....	
M.....	

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant ou joindre une copie)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	nom	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RUMATISME AIGU 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"/>	OTITE 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 : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRE oui non AUTRES

REGIME ALIMENTAIRE :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (pipi au lit, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Précisez :

.....



Autorisation parentale

Permanente *

Je soussigné, M., Mme (1).....demeurant au :.....

..... Ville.....Code Postal :

N° de téléphone :/...../...../...../...../ autre :/...../...../...../...../

Autorise mon fils, ma fille (1)

Transport en Mini-Bus : Le transport Aller : Ville (école) :.....Le transport Retour : Ville :.....**Le soir : à partir :**

- Avec moi-même
 Seul à mon domicile
 Avec Mr ou Mme
- Avec Mr ou Mme
- Avec Mr ou Mme

* J'autorise la MCL à véhiculer mon enfant pour les activités / les sorties.

Oui Non

* J'autorise la MCL à faire des photos de mon enfant dans le cadre de l'accueil et à les utiliser pour tout type de support de communication.

Oui Non

* J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Oui Non

* Je déclare avoir pris connaissance des règles de vie de la structure et être en parfait accord avec leur contenu.

Oui Non

* J'autorise mon enfant à venir et à rentrer seul à son domicile.

Oui Non **Je lève de toutes responsabilités la MCL de la Roche-Posay dans la réalisation des modalités prévues dans la présente autorisation parentale et j'en assume toutes les conséquences.**

Fait à : le

Signature

* Vous pouvez modifier cette autorisation parentale à tout moment

(1) : rayer les mentions inutiles.