

Fiche sanitaire 2025-2026

Pôle Enfance - Jeunesse

Nom de l'enfant : Prénom :

Né(e) le : Age : Genre : F M Autre

N° tel (du/de la jeune) Accueil de loisirs 3-11ans
 Espace Jeunes 12-17 ans

J'autorise/je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul de l'espace jeunes / de l'accueil de loisirs des 3 fontaines (rayer la mention inutile).

RENSEIGNEMENTS

Informations sanitaires utiles à l'accueil de votre enfant (allergie, asthme, besoin particulier, handicap, etc.), conduite à tenir (**merci de joindre la procédure à suivre en cas de protocole particulier**) :

.....
.....

Numéro AEEH de l'enfant (si concerné) :

Seuls les médicaments accompagnés de l'ordonnance médicale, et d'une autorisation parentale signée seront donnés.

Régime alimentaire spécifique :

.....

Numéros à contacter en cas d'urgence :

Nom prénom : Tel :

Nom prénom : Tel :

- J'autorise le responsable du centre de loisirs/espace jeunes à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires concernant la santé de mon enfant.
- J'autorise l'Accueil de Loisirs Les 3 Fontaines/L'espace Jeunes à utiliser l'image de mon enfant ainsi que sa voix pour des documents de communication interne ou externe (photos/vidéo).
- J'autorise l'Accueil de Loisirs Les 3 Fontaines/L'espace Jeunes à utiliser l'image et/ou la voix de mon enfant pour des communications sur les réseaux sociaux et sur son site internet et plaquette
- Je m'engage à informer la MJC de tout changement au cours de l'année concernant : ma situation familiale, un changement d'adresse ou de coordonnées.
- Je m'engage à informer la MJC de tout changement concernant la santé de mon enfant au cours de l'année.
- Je soussigné responsable légal de l'enfant autorise la MJC à utiliser des données personnelles et sanitaires concernant mon enfant, à des fins administratives internes uniquement.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs/ de l'espace jeunes.



Noms des responsables légaux (préciser le lien de parenté) :

Parent 1 (responsable du dossier)

Parent 2

Nom Prénom : _____

Nom Prénom : _____

Tel :

Tel : _____

Email :

Email : _____

Adresse Postale :

Adresse Postale : _____

MERCI DE FOURNIR UNE COPIE DES DU CARNET DE VACCINATION A JOUR

Dans le cas contraire l'inscription ne pourra être prise en compte

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LEGAUX

Nom et Prénom : Lien avec la famille :
Tel :

Nom et Prénom : Lien avec la famille :
Tel :

Nom et Prénom : Lien avec la famille :
Tel :

Nom et Prénom : Lien avec la famille :
Tel :

Nom et Prénom : Lien avec la famille :
Tel :

Je soussigné (nom/prénom) _____ responsable légal de l'enfant, déclare les renseignements portés sur cette fiche exacte.

Date et signature