

Accueil de Loisirs Sans Hébergement _ Espace Jeunes _ Contrat Local Accompagnement à la Scolarité

17 rue Barère de Vieuzac - 65500 Vic en Bigorre _ www.mjcvic.fr - 05 62 31 61 00 - mjcvic65@orange.fr

NOM **Prénom**

Né.e le fille garçon

Renseignements administratifs complémentaires :

Allocation Familiales CAF Tarbes n°	
si autre CAF ou MSA, précisez :	
<i>si vous n'êtes pas à la CAF de Tarbes, merci de fournir régulièrement une attestation de quotient familial</i>	



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant en Accueil Collectif de Mineur. Ces renseignements sont obligatoires pour la sécurité des enfants (arrêté du 20 février 2003), pour les différents organismes finançant la MJC (CAF, Conseil Général, Mairie, DDCSPP...) ou les médecins d'urgence. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé Elle sera ré actualisable chaque année

Vaccination :

Repères calendrier dernier rappels : 18 mois - 6 ans - entre 11 et 13 ans - 25 ans ...etc...
Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant - fournir une copie

Vaccins obligatoires Enfants nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie + tétanos + poliomyélite + coqueluche + l'infection à Haemophilus influenzae b + l'hépatite B + méningocoque C, + pneumocoque, + rougeole + oreillons + rubéole		

Vaccins obligatoires Enfants nés avant 2018	NOM DU VACCIN (Revaxis, Infanrixquinta...)	DATE DU DERNIER RAPPEL
DTPolio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		

SI LE MINEUR NA PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Autres renseignements :

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)
Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire (sans porc, végétarien...) particulier ? NON OUI
Si oui, précisez :

Médecin traitant :
Nom tél. Ville :

Renseignements médicaux :

Allergies

Alimentaire : NON OUI à

Médicamenteuse : NON OUI à

Autres allergies :

Si oui, indiquer la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. Si automédication le signaler.

Indiquer les autres difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant BENEFICIE D'UN PAI (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) : OUI NON

Si oui, prendre rendez-vous avec la directrice de l'Accueil de Loisirs

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Signature du responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Je soussigné.e, responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

(Précédée de la mention lu et approuvé)