

# MJC ANATOLE France

## 2021 / 2022

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

*Chil's link health card*

#### **ADHERENT JEUNES / ENFANT** *Youth / Child members*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
*Name First name*

Né(e) :                    /                    /                    Sexe :     Fille / Gril     Garçon / Boy  
*Born on Sex*

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
*School School level*

Date du dernier rappel : DT Polio : \_\_\_\_\_  
*Vaccine*

Régime Alimentaire /Diet :  
 Classique /Classic     Sans viande /without meat     Sans Porc /without pork     P.A.I.\*

\*Joindre obligatoirement un document médical.

#### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT** / (Trd Anglais)

· L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

Angine                     Coqueluche                     Oreillons                     Scarlatine                     Rubéole  
 Otite                     Rhumatisme                     Rougeole                     Varicelle

· Votre enfant est-il porteur d'un handicap ?  OUI                     non

· Allergies :

Alimentaire  oui     non                    Asthme  oui     non                    Médicamenteuses  oui     non

Autres :

Causes et conduite à tenir :

· L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui     non

Si **oui** joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant  
(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**

· Médecin traitant de l'enfant : Nom et numéro de téléphone

· Recommandations utiles : Votre enfant porte-il des lentilles, lunettes prothèses auditives, dentaires, ect

#### **ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES** / (Trd Anglais)

L'enfant sait-il nager seul ?     oui     non

L'enfant sait-il nager ?  avec brassières  sans brassières

**PARENT 1 :** Père / Mère / Responsable légal

Nom :  
Name

Prénom :  
First name

Adresse  
Address

Code postal / Ville :

Situation familiale /Marital status :

Célibataire Mariés / Pacsés / Vie maritale  
(Trd anglais) (Trd anglais)

Divorcés / Séparés Veuf(ve)  
(Trd anglais) (Trd anglais)

Tél personnel :  
Cell phone

Tél professionnel :  
Work phone

E-mail :

N°allocataire CAF :  
CAF Number

**PARENT 2 :** Père / Mère / Responsable légal

Nom :  
Name

Prénom :  
First name

Adresse  
Address

Code postal / Ville :

Situation familiale /Marital status :

Célibataire Mariés / Pacsés / Vie maritale  
(Trd anglais) (Trd anglais)

Divorcés / Séparés Veuf(ve)  
(Trd anglais) (Trd anglais)

Tél personnel :  
Cell phone

Tél professionnel :  
Work phone

E-mail :

N°allocataire CAF :  
CAF Number

**DROIT A L'IMAGE *Right to the image***

L'équipe pédagogique peut faire des photos/vidéos dans le cadre des activités proposées par la MJC Anatole France

Je n'autorise aucune image de mon enfant

J'autorise ces image et leur utilisation pour la réalisation de documents de nature pédagogique, de support de communication (plaquette/site internet..) et des supports de presse (ex : le journal de l'animation)

**AUTRE(S) PERSONNE(S) HABILITE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT *Other person(s) authorized to pick up the child***

Nom / Prénom :  
Name / First name

Téléphone :  
Phone

Nom / Prénom :  
Name / First name

Téléphone :  
Phone

Nom / Prénom :  
Name / First name

Téléphone :  
Phone

**AUTORISATION PARENTALE / (Trd Anglais)**

Mon enfant peut rentrer **SEUL** à la fin de la séance de l'accueil de loisirs.  **oui**  **non**

Mon enfant peut rentrer **SEUL** à la fin de son activité après l'école.  **oui**  **non**

J'autorise la MJC Anatole France à prendre en charge mon enfant en Pédibus après l'école.  **oui**  **non**

J'autorise mon enfant à utiliser tout moyen de transport afin de permettre le bon déroulement des sorties.  
(Car/Minibus/Tram)  **oui**  **non**

J'autorise le personnel encadrant de la MJC Anatole France, à prendre le cas échant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.  **oui**  **non**

Fait à Grenoble, le

Signature du responsable légal