



**MJC ANATOLE FRANCE**

**2023 / 2024**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT  
*Child's link health card*

Version FR

**ADHERENT ENFANT / JEUNE** *Child / Young member*

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
*Name Forename*

Né(e) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe :  Fille / Female  Garçon / Male  
*Born on Sex*

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
*School Grade*

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.

*\* Attach a medical prescription if the child suffers from a disease and needs certain medication.*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT** *Child's health information*

· 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

Précisez : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire de l'AEEH (*All. d'éducation enfant handicapé*)  oui  non

· Allergies :

Alimentaire  oui  non Asthme  oui  non Médicamenteuses  oui  non

Autres (*animaux, plantes, pollen...*) : \_\_\_\_\_

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** *Aquatic and nautical activities*

L'enfant sait-il nager seul ?  oui  non

L'enfant sait-il nager ?  avec brassard de natation  sans brassard de natation

**PARENT 1 : Père / Mère / Responsable légal****PARENT 1 :** Father / Mother / Legal guardianNom : \_\_\_\_\_  
*Name*Prénom : \_\_\_\_\_  
*Forename*Adresse \_\_\_\_\_  
*Address*Code postal / Ville : \_\_\_\_\_  
*Postcode / City*

Garde de l'enfant :

 Conjointe  Garde Partagée Mère  Père  AutreTél personnel : \_\_\_\_\_  
*Cell phone*Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
*Work phone*

E-mail : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
*CAF Number***PARENT 2 : Père / Mère / Responsable légal****PARENT 2 :** Father / Mother / Legal guardianNom : \_\_\_\_\_  
*Name*Prénom : \_\_\_\_\_  
*Forename*Adresse \_\_\_\_\_  
*Address*Code postal / Ville : \_\_\_\_\_  
*Postcode / City*

Garde de l'enfant :

 Conjointe  Garde Partagée Mère  Père  AutreTél personnel : \_\_\_\_\_  
*Cell phone*Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
*Work phone*

E-mail : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
*CAF Number***DROIT A L'IMAGE *Image right***

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 images 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 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE *Parental consent***Mon enfant peut rentrer **SEUL** à la fin de la séance de l'accueil de loisirs.  oui  nonMon enfant peut rentrer **SEUL** à la fin de son activité après l'école.  oui  nonJ'autorise la MJC Anatole FRANCE à prendre en charge mon enfant après l'école.  oui  nonJ'autorise mon enfant à utiliser tout moyen de transport afin de permettre le bon déroulement des sorties. (Car/Minibus/Tram)  oui  nonJ'autorise le personnel encadrant de la MJC Anatole FRANCE, à prendre le cas échéant 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

Validité jusqu'au 31/08/2024.

Fait à Grenoble, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal