



FICHE SANITAIRE PASSEPORT MULTI-ACTIVITÉS MJC DOUAI SAISON 2020/2021

L'enfant

Nom - Prénom :

Date et lieu de naissance :

Assurance

Assurance responsabilité civile : Oui Non

Assurance extra scolaire : Oui Non

Si oui, préciser le nom et le n° de police de l'assurance

(Joindre impérativement une copie de l'attestation d'assurance en cours de validité)

Responsable Légal

Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

& Domicile :

& Portable :

& Bureau :

E-mail :

Autorisation de sortie

Autorise mon enfant à sortir seul de la MJC : Oui Non

à 12 h à 17 h

È Merci de nous fournir une autorisation écrite à chaque période de vacances

Droit à l'image

Autorise l'Accueil de Loisirs, Passeport de la MJC de Douai à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus) :

- Pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage
- Pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support au nom de l'accueil de loisirs
- Pour la diffusion sur le site internet de la MJC de Douai – Rubrique Passeport (Espace accessible avec code d'accès uniquement pour les familles concernées par la période de l'accueil de loisirs)
- Pour présentation en public lors d'une exposition

N'autorise pas l'Accueil de Loisirs, Passeport de la MJC de Douai à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus).

Vaccinations

Les vaccinations étant obligatoires, merci de joindre une copie des vaccinations à jour. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies

L'enfant suit-il un traitement : Oui Non

Si oui, lequel :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

Varicelle

Angine

Rhumatisme articulaire aigu

Scarlatine

Coqueluche

Otite

Rougeole

Oreillons

Fille
 Garçon

Difficultés de santé

présente un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Allergies

Médicamenteuses

Si oui, précisez :

Alimentaires

Si oui, précisez :

Asthme Autres :

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Recommandations utiles des parents

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... :

Médecin Traitant

Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

® N° de sécurité sociale :

® Adresse CPAM :

Je soussigné(e) **Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise :**

® Le responsable du passeport à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie). Je m'engage à prendre en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation et à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.

® Mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place pour les activités : véhicules personnels MJC, transports en commun.

® Mon enfant à pratiquer les activités extérieures à la MJC (musées, stades, parcs...)

Précisez si l'enfant

Fait à Douai, le Signature :