



M.J.C. ABBAYE
1 Place de la Commune de 1871
38100 Grenoble
04-76-51-12-51
secretariat@mjc-abbaye.org

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

Enfant Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Etablis. Scolaire : _____ Classe : _____ Enseignant : _____
--

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

<i>Vaccins Obligatoires</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Dates des derniers rappels</i>	<i>VACCINS Recommandés</i>	<i>DATES</i>
<i>Diphtérie</i>					
<i>Tétanos</i>					
<i>Poliomyélite</i>					
<i>Ou DT polio</i>					
<i>Ou Trétracoq</i>					
<i>BCG</i>					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (Maladie, allergies, etc.) en précisant les précautions à prendre.

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents.

.....
.....
.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE

☐ SANS VIANDE

☐ SANS PORC

☐ NORMAL

J'autorise mon fils ou ma fille à partir seul(e) des activités de la MJC Abbaye :

☐ OUI

☐ NON

Si NON, je l'autorise à partir avec :

Nom TEL :

Nom TEL :

Nom TEL :

En cas d'absence de votre enfant à **l'accompagnement à la scolarité pour les collégiens**, la MJC Abbaye vous informe qu'elle n'est pas tenue de prévenir les parents de l'absence constatée de l'enfant.

La MJC Abbaye répondra à tous les parents qui souhaitent appeler pour vérifier que leur enfant est présent.

Droit à l'image

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant

☐ Autorise..... ☐ n'autorise pas mon enfant, à être pris en photo ou à être filmé dans le cadre des activités du centre de loisirs, des activités périscolaires et à l'année

☐ Accepte ☐ n'accepte pas que **les images de mon enfant soient utilisées** pour la diffusion.

Responsable de l'enfant

NOM..... PRENOM

ADRESSE

TEL FIXE..... TRAVAIL PERE.....

PORT PERE..... TRAVAIL MERE

PORT MERE.....

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

Fait à :

le :

signature :