



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal 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 :

---

**INFORMATIONS IMPORTANTES A RESPECTER**

Coordonnées de l'organisateur  
MJC METZ-SUD  
87, rue du XXème Corps Américain 57000 METZ  
Tel : 03 87 62 71 70

Tous les médicaments joints à l'ordonnance sont à déposer au secrétariat de la MJC METZ-SUD

Toutes allergies (alimentaires, asthme et autres), tous handicaps doivent faire l'objet d'un certificat médical spécifique à l'allergie ou au handicap et notifier la conduite à tenir en cas de problème.

La personne responsable de l'accueil sera seul juge suivant le certificat médical établi, d'accueillir ou non l'enfant. Nous ne pouvons pas assurer tous les régimes alimentaires dus aux allergies, ainsi que certaines difficultés de santé. Et ceci pour la sécurité et le confort de l'enfant concerné.

## MJC METZ-SUD

87, rue du XX° Corps Américain

57000 METZ

☎ 03.87.62.71.70

### FICHE SANITAIRE COMPLEMENTAIRE

à remplir, à signer et à remettre avec le dossier

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Votre enfant est-il porteur de handicap ?

OUI

NON

si oui, veuillez remplir ci-après (en cochant la case correspondante) :

- Allergie :
- Handicap moteur
- Handicap mental
- Handicap psychomoteur
- Autre (préciser) :

Si votre enfant est porteur de handicap, nous conviendrons d'un rendez-vous afin de prendre connaissance du handicap et de s'assurer de la possibilité ou non de l'accueil dans la structure. Lors de cet entretien nous pourrons examiner la mise en place d'un éventuel aménagement ceci afin d'assurer un accueil en toute sécurité et adapté pour l'enfant. En cas de handicap ne pas oublier de fournir un certificat médical précisant le handicap et la conduite à tenir.

Tout enfant dont une allergie ou autre handicap a été signalé par le passé, reste porteur de l'allergie ou du handicap jusqu'à présentation d'un certificat médical nous signifiant que l'enfant ne présente plus d'allergie ou de handicap.

Je soussigné (e) nom ..... prénom ..... \*\* père, mère, tuteur

de l'enfant nom ..... prénom .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature : précédée de la mention "pris connaissance"

\*\*barrer les mentions inutiles