

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX Précisez ici toutes informations susceptibles d'avoir des répercussions sur l'accueil de l'enfant.

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? Oui Non si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** : Oui Non

Pendant son temps d'accueil, l'enfant devra-t-il suivre un **traitement médical** ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice. Ils doivent être remis à l'assistant sanitaire ou la direction. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant est-il porteur de handicap ? Oui Non si OUI : **Notification MDPH** : Oui Non

Vous serez contacté par l'assistant sanitaire afin de définir les besoins de votre enfant et l'accueillir au mieux.

L'enfant a-t-il des allergies telles que :

- Allergies alimentaires Oui Non Si oui, la famille fournit-elle un PANIER REPAS : Oui Non
- Allergies médicamenteuses Oui Non Si panier repas préciser lequel: Repas
- Asthme Oui Non Gouter
- Autre Oui Non

si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant présente-t-il un problème de santé ? Oui Non si OUI, a-t-il un : **P.A.I.** : Oui Non

Si OUI, indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation...), en précisant les précautions à prendre

Recommandations utiles :

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

AUTRE(S) PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE Si impossibilité de joindre les parents

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

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

Date :

Signature(s) :