



# Maison de Quartier de la Binquenais

Place Bir-Hakeim - 35200 Rennes Tél. 02.99.50.57.41. - [www.binquenais.com](http://www.binquenais.com)

**(A REMPLIR EN LETTRE MAJUSCULE SVP)**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON MQB SAISON 2018-2019

😊 Merci de nous avertir en cas de changement d'adresse, de téléphone, d'informations médicales, etc.

### ENFANT

Activité (A préciser) .....

NOM : .....

Prénom : .....

Né-e le : ..... Âge : .....

Garçon  Fille

**Scolarité** - Classe : .....

Etablissement scolaire : .....

## INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

- NOM
- Prénom
- Adresse postale

- 📞 Domicile
- 📱 Portable
- Profession
- 🏢 Travail
- ✉️ adresse e-mail

Monsieur

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

**(En majuscules SVP)**

Madame

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

**(En majuscules SVP)**

- Régime C.A.F *Ille & Vilaine* ou AUTRE (à préciser) : .....

N° d'allocataire : .....

J'autorise la maison de quartier de la Binquenais à utiliser mon n° d'allocataire : OUI  NON

- Police d'assurance/responsabilité civile : Compagnie : .....

- Autre (s) personne (s) autorisée (s) à venir chercher l'enfant

**La personne qui récupérera l'enfant est priée de se munir d'une pièce d'identité**

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté	A partir de (horaire)
			H
			H
			H

J'autorise mon enfant à rentrer **SEUL** au domicile parental : OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### • Les vaccinations

VACCINS	Date de la vaccination	Date du dernier rappel	Observations
BCG	.....	.....	.....
Diphtérie	.....	.....	.....
Tétanos	.....	.....	.....
Poliomyélite	.....	.....	.....
Coqueluche	.....	.....	.....
Hépatite B	.....	.....	.....
Autres (préciser)	.....	.....	.....

### • L'enfant suit-il un traitement médical actuellement ? OUI NON

*Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîtes originelles des médicaments marquées au nom de l'enfant + notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.*

Poids : ..... Taille : ..... GROUPE SANGUIN : .....

#### ➤ **ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES : Oui  Non

MEDICAMENTEUSE : Oui  Non

AUTRES : .....

#### ➤ **Recommandations éventuelles :**

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

**Je soussigné (e), ..... responsable légal de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les organisateurs et l'équipe de direction du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.**

### **DROITS D'IMAGE**

J'autorise la Maison de Quartier de la Binquenais à utiliser l'image de mon enfant pour l'illustration des activités de la maison de quartier: OUI  NON

Rennes, le : .....

Signature :