



FICHE ENFANT 2022 - 2023

NOM DE L'ENFANT :
Prénom : **Sexe** F M
Date de Naissance :/...../.....

ECOLE (rentrée 2022) **CLASSE** (rentrée 2022)

RESPONSABLES LEGAUX		
	Mère	Père
Nom - Prénom		
Adresse		(Si différente)
Cp - Ville		
Courriel		
Tel Domicile		(Si différent)
Tel Travail		
Tel Portable		

En cas de divorce ou séparation : autorisation parentale conjointe oui non
Si non : fournir une copie du jugement du tribunal

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant			
Nom			
Prénom			
Qualité			
Téléphone 1			
Téléphone 2			

N° SS de rattachement de l'enfant : | | | | | | | | | |

CMU : oui non Fournir l'attestation

Régime Alimentaire Sans restriction Sans porc Sans viande PAI

Je soussigné(e) responsable légal

- Donne l'autorisation à l'Association Familiale de prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités et de les utiliser dans une publication (plaquette, site internet...) oui non

- Autorise mon enfant de plus de 8 ans à rentrer seul après la fin de son activité oui non

- Atteste avoir contracté une assurance responsabilité civile en cours de validité :

Compagnie N° de contrat

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et m'engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements donnés. **TSVP** →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022 / 2023

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les activités ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) -
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui non VARICELLE oui non ANGINE oui non
ROUGEOLE oui non SCARLATINE oui non COQUELUCHE oui non
OTITE oui non OREILLONS oui non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

L'ENFANT PRÉSENTE T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ?

Si oui, précisez. oui non

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lentilles, de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, etc Précisez :

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

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de

St Egrève, le

Signature,