



# FICHE ENFANT 2024 - 2025

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**Prénom :** ..... **Sexe** F M

**Date de Naissance :** ...../...../.....

**ECOLE** (rentrée 2024) ..... **CLASSE** (rentrée 2024) .....

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 2023 / 2024

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

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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,