



FICHE ENFANT 2026 - 2027

NOM DE L'ENFANT :

Prénom : **Sexe** F M

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

ECOLE (rentrée 2025) **CLASSE** (rentrée 2025)

RESPONSABLES LEGAUX

	Parent 1	Parent 2
Nom - Prénom		
Adresse		(Si différente)
Cp - Ville		
E-Mail		
Tel Portable		
Tel Travail		

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			

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 ET la joindre** au dossier adhérent
- ☐ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet ou au secrétariat et m'engage à le respecter
- ☐ 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.

St Egrève, le

Signature,

TSVP →

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025 / 2026

VACCINATIONS (remplir le tableau ou fournir une copie des pages de vaccinations du carnet de santé 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 bénéficie-t-il d'une AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) ☐ oui ☐ non

Si oui à une des deux questions, un PAI (Projet Accueil Individualisé) doit être mis en place (Prendre rendez vous avec le Coordinateur des ACM)

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 AIGÜ ☐ 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, préciser. ☐ 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 l'enfant.

St Egrève, le

Signature,