

NOM :	DATE DE NAISSANCE :
PRÉNOM :	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARCON

1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Parent 1		Parent 2	
Nom Prénom		Nom Prénom	
Adresse		Adresse	
Tel domicile		Tel domicile	
Tel Portable		Tel Portable	
Tel travail		Tel travail	

En cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables, l'équipe d'animation peut contacter :

M / Mme : Tel :

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

Vaccinations : Fournir une photocopie des vaccinations inscrites sur le carnet de santé de l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.**

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place ? OUI (le joindre à cette fiche) NON

L'enfant a-t-il des allergies ? OUI NON

Si oui : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres :

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication, le signaler) :

.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre ou d'éventuels soins à apporter ?

.....

Autres recommandations utiles (port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, ...)

.....

Votre enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? OUI NON

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :