

## Fiche Enfant

**Enfant :** remplir une fiche enfant et une fiche sanitaire par enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire (sans viande, sans porc, allergie...) : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Classe (si connu) et niveau scolaire : \_\_\_\_\_

### Autorisations :

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant autorise mon enfant à :

- Utiliser le bus comme moyen de transport lors des sorties organisées par le centre de loisirs des mercredis et des vacances scolaires
- J'autorise la prise de photos de mon enfant et la mise en ligne sur le site internet de la Mairie, sur le portail famille ou à des fins d'exposition dans le centre de loisirs  
J'autorise le centre de loisirs à prendre les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation
- Pour les élèves d'élémentaire uniquement : J'autorise mon enfant à partir seul :
  - Du périscolaire à partir de \_\_\_\_ heure \_\_\_\_
  - du centre de loisir à partir de \_\_\_\_ heure \_\_\_\_

### Personnes autorisées à récupérer les enfants :

- Identique pour toute la fratrie

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Nom de l'assurance scolaire \_\_\_\_\_ N° de l'assurance \_\_\_\_\_

**FICHE SANITAIRE  
2022/2023**

NOM DE L'ENFANT :  
PRÉNOM DE L'ENFANT :  
DATE DE NAISSANCE :  
GARÇON  FILLE

**1 - VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES 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*

**2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

*(Répondre par oui ou par non. Si oui, précisez)*

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire... ? \_\_\_\_\_ L'enfant suit-il un traitement médical ?\* \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation...) ?\* \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des difficultés comportementales (alimentaire, gestions des émotions...) ayant un impact sur son accueil ?\* \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ou médicamenteuses ?\* \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il de l'asthme ?\* \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- la rubéole     la varicelle     la coqueluche     la scarlatine     la rougeole     les oreillons

*\* Tout enfant en situation de handicap, de troubles de la santé ou d'allergie alimentaire, doit être accueilli avec un Projet d'Accueil Individualisé. Merci de prendre contact avec le responsable du service pour mettre en place les mesures adaptées au bon accueil de votre enfant.*

**3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom, prénom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, intervention des secours, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :