

ANNÉE 2024-2025 FICHE ENFANT



INSCRIPTION ÉCOLE - PÉRISCOLAIRE - EXTRASCOLAIRE



N° Famille : _____ N° Enfant: _____

ENFANT	Nom		Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin
	Date de naissance				<input type="checkbox"/> Masculin
	Lieu et Département de naissance				
	Assurance (Responsabilité civile)				

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE					
	NOM ET PRÉNOM	Lien avec l'enfant	Téléphone	A venir chercher	A prévenir en cas d'urgence
1					
2					
3					
4					
5					

INFORMATIONS SANITAIRES CONCERNANT L'ENFANT	
Régime Alimentaire	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Médicalisé* <input type="checkbox"/> PAI Panier* <small>*Projet d'Accueil Individualisé à compléter en cas d'allergie(s) alimentaire</small>
Groupe Sanguin	<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-
Allergies	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autre <small>Conduite à tenir :</small>
Maladies	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Maladie chronique (à préciser) <input type="checkbox"/> Autre : <small>Précision, cause et conduite à tenir :</small>
Médicaments	<small>en cas de pathologies chroniques ou aiguës en cours : Si un traitement est à prendre durant tout ou partie de l'accueil, un PAI devra être établi et l'ordonnance du médecin jointe. S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage. Médicaments à préciser :</small>
Vaccins	Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou attestation d'un médecin
Antécédents Médicaux	<input type="checkbox"/> oui Lesquels : _____ <input type="checkbox"/> non
Appareillage	<input type="checkbox"/> oui Lesquels : _____ <input type="checkbox"/> non
Dossier MDPH	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
Bénéficiaire AEEH	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Médecin Traitant	Téléphone : _____

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Le.....

Signature : Parent 1

Parent 2