

ANNÉE 2026-2027

FICHE ENFANT

1/2



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*				
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				
Maladies	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Maladie chronique (à préciser) <input type="checkbox"/> Autre :				
Médicaments	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Médicaments à préciser :</p>				
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 justificatif obligatoire <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours				
Bénéficiaire AEEH	<input type="checkbox"/> oui justificatif obligatoire <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