

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.  
Document à remettre impérativement au personnel encadrant des services péri/extra scolaires  
(Personnel de cantine, garderie ou aux Directrices/Directeurs de Centre de loisirs...)**

Site d'accueil : .....

**ENFANT :**

**NOM :** ..... **Prénoms :** .....

**Sexe :** F  M  **Date de naissance :** .... / .... / .....

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT\***

\*S'il ne s'agit pas des deux parents, joindre les pièces justifiant de l'autorité légale sur l'enfant (jugements...) et préciser : ☐

**Père** ☒  **Mère** ☒ **Autre :** .....

	PARENT 1	PARENT 2	AUTRE
Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Adresse	.....	.....	.....
Code Postal	.....	.....	.....
Ville	.....	.....	.....
Tél domicile	.....	.....	.....
Tél portable	.....	.....	.....
Profession	.....	.....	.....
Adresse employeur	.....	.....	.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanie				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Autre (préciser)				B.C.G.	

**ALLERGIES :**

Asthme :  oui     non

Médicamenteuses :  oui     non

Alimentaires :  oui     non

Autres :  .....

Préciser la cause de l'allergie et compléter la partie relative aux renseignements médicaux :

.....  
.....

**MALADIE / CONTRE-INDICATION :**

Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Préciser les dates et compléter la partie relative aux renseignements médicaux

.....  
.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?   oui     non

PAI mis en place le : ..... pour une durée de : .....

Si oui, joindre une copie du PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

A noter : Aucun médicament ne pourra être délivré hors PAI

**RECOMMANDATIONS UTILES :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

.....  
.....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : .....

N° Tél : .....

Adresse : .....

Je soussigné(e), .....

responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus,

autorise le responsable de l'accueil ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (hospitalisation, opération ...).

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

**Date :**

**Signature du (ou des) responsable(s) de l'enfant**