

| ENFANT | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|
| Nom : | | | |
| Prénom : | | | |
| Sexe : Masculin / Féminin | | | |
| Date de naissance : | | Age de l'enfant : | |
| Lieu de naissance : | | | |
| Nom et ville de l'école : | | | |
| Classe de l'enfant en 2024/2025 : | | | |
| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE | | | |
| Assureur : | | | |
| Numéro : | | | |
| PERSONNES A CONTACTER | | | |
| CONTACT 1 | | CONTACT 2 | |
| Nom : | | Nom : | |
| Prénom : | | Prénom: | |
| Type : Père / Mère / Autre (préciser) | | Type: Père / Mère / Autre (préciser) | |
| Tél. Domicile : | | Tél. Domicile : | |
| Tél. Portable : | | Tél. Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |
| CONTACT 3 | | CONTACT 4 | |
| Nom : | | Nom: | |
| Prénom : | | Prénom : | |
| Type : Père / Mère / Autre (préciser) | | Type : Père / Mère / Autre (préciser) | |
| Tél. Domicile: | | Tél. Domicile: | |
| Tél. Portable : | | Tél. Portable : | |
| Appel en cas d'urgence : | OUI / NON | Appel en cas d'urgence : | OUI / NON |
| Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON | Autorisé à récupérer l'enfant : | OUI / NON |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES | | | | | |
|---|---------|-------------|------------------------|-----------|-----|
| AUTORISATIONS | | | | REPONSE | |
| Partir seul : J'autorise mon enfant à repartir seul | | | | OUI / NON | |
| Droit à l'image : Nous donnons notre consentement à la diffusion de l'image de notre enfant à titre gratuit, dans le cadre de reportages et d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures | | | | OUI / NON | |
| Baignade : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités de baignade sous surveillance | | | | OUI / NON | |
| Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant | | | | OUI / NON | |
| HANDICAP | | | | REPONSE | |
| Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? | | | | OUI / NON | |
| CONTRE-INDICATION / OBSERVATION | | | | | |
| | | | | | |
| INFORMATIONS MEDICALES | | | | | |
| MEDECIN TRAITANT | | | TELEPHONE | | |
| | | | | | |
| ALLERGIES | | | PRATIQUES ALIMENTAIRES | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VACCINS | FAIT LE | DATE RAPPEL | MALADIES | OUI | NON |
| DTCPH | | | COQUELUCHE | | |
| DTCPH HEPATITE B | | | OREILLONS | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE B | | | ROSEOLE | | |
| HEPATITE B | | | OTITE | | |
| MENINGOCOQUE C | | | RUBEOLE | | |
| PAPILLOMAVIRUS HUMAINS | | | SCARLATINE | | |
| PNEUMOCOQUE | | | VARICELLE | | |
| ROR | | | ROUGEOLE | | |