

FICHE ENFANT

Photo
de
l'enfant

Renseignements relatif à l'enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : fille garçon

École fréquentée : _____ Ville : _____ Classe : _____

Régime alimentaire : aucun sans viande sans porc Panier repas*

**uniquement en cas de la mise en place d'un PAI : Protocole d'Accueil Individualisé.
Merci de compléter la partie « RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX »*

Personne(s) majeure(s) autorisée(s) à prendre en charge l'enfant

Représentant légal - 1

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : ___/___/___/___/___

Représentant légal - 2

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : ___/___/___/___/___

Autre personne - 1

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : ___/___/___/___/___

Autre personne - 2

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Numéro de téléphone : ___/___/___/___/___

Autorisations (cochez la case souhaitée)

➤ J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul l'établissement à l'issue de l'accueil (périscolaire du soir/mercredi/extrascolaire) :

oui j'autorise non je n'autorise pas

➤ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par la ville de Douai dans le cadre de ses inscriptions (ex : piscine, activités sur l'extérieur, sorties au parc, ...) :

oui j'autorise non je n'autorise pas

➤ J'autorise la prise de vue ainsi que la publication et la diffusion de l'image de mon enfant :

oui j'autorise non je n'autorise pas

➤ J'autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie) :

oui j'autorise, lieu de préférence pour une hospitalisation : _____

non je n'autorise pas

Renseignements médicaux

L'enfant, a-t-il été vacciné ?

Vaccins	Oui	Non	Date du dernier rappel
DTP*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__

*Obligatoires

L'enfant, a-t-il eu les maladies suivantes ?

<i>Rubéole</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Varicelle</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Angine</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Coqueluche</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Otite</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Rougeole</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Oreillons</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>Scarlatine</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'enfant, a-t-il des allergies/intolérances* ?

<i>Alimentaire :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser: _____ _____ _____
<i>Médicamenteuse :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser: _____ _____ _____
<i>Pollens, acariens :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser: _____ _____ _____
<i>Animaux, insectes :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser: _____ _____ _____
<i>Autres :</i>	Préciser: _____ _____ _____

L'enfant, porte-t-il? lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires

L'enfant, a-t-il une maladie ou un besoin particulier*

(ex: prise de médicament, besoin d'un accompagnement spécifique, ...) ? oui non

Préciser : _____

**Attention, lors de l'inscription, le représentant légal devra signaler toute situation particulière de l'enfant (problème de santé, allergie, situation familiale problématique, ...). Un temps d'échange avec le coordinateur permettra de fixer les modalités d'un PAI et des conditions d'accueil.*

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts. Date et signature :