

FICHE INSCRIPTION

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Sexe : Classe :
Date de naissance : Ville de naissance:
Autorisation d'intervention médicale :
Médecin traitant :
Lieu d'hospitalisation :
Autorisation d'être filmé ou photographié : Autorisation de rentrer seul :
Type de repas : Allergie repas:

Personnes à prévenir en cas d'accident + n° de téléphone.

- 1.
2.
3.

Personnes habilitées à récupérer l'enfant + n° de téléphone.

- 1.
2.
3.

Responsable

Responsable 1 Nom : Prénom :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

Ville :

Hameau ou Quartier :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel : Tél. Portable : .

.....

déclare exacts les renseignements notifiés ci-

dessus.

Fait à

le :/...../.....

Signature:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :
Date de naissance :

Nom du responsable : Prénom du responsable :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? PAI oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Autorisation d'appliquer de la crème solaire : OUI NON

Autorisation d'appliquer de la biafine : OUI NON

Autorisation d'appliquer de l'anti moustique : OUI NON

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

RHUMATHISME	SCARLATINE	RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

ALLERGIES	- ASTHME	oui non	- MEDICAMENTEUSES	oui non
	- ALIMENTAIRES	oui non	- AUTRES	

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC....PRECISEZ.

Date :

Signature :