



FICHE ENFANT

Nom - Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Fille Garçon

Adresse : _____

Niveau scolaire : _____

Médecin traitant ou pédiatre

Cabinet médical Ancenis (170 rue du Verger) ☎ 02 40 83 14 58
 Nom du médecin :

Cabinet médical St Géréon (277 rue du Clos Martin) ☎ 02 85 95 70 20
 Nom du médecin :

Autre : Nom du médecin :

Adresse : ☎ :

Allergies :

Alimentaires (à préciser)

Autre allergie ou maladie chronique (à préciser) :

Trousse d'urgence OUI NON

Si oui, avec un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), un rdv avec le directeur de l'ALSH devra être réalisé en amont du 1^{er} jour d'accueil

Handicap reconnu par la MDPH Si oui, lequel : _____

Habitudes Alimentaires Repas sans porc Repas sans viande Autres : _____

Port de : Lunettes Lentilles Prothèses auditives Appareil dentaire

Problèmes de santé à signaler avec les précautions à prendre (accident, convulsions, hospitalisation, opération). _____

Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Personnes autres que les parents	Nom - Prénom : _____
	Tél : _____ Lien de parenté avec l'enfant : _____
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence
	Nom - Prénom : _____
	Tél : _____ Lien de parenté avec l'enfant : _____
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement des activités périscolaires et m'engage à le respecter.

Date : / /

Signature des responsables légaux : _____