

FICHE ENFANT

NOM et Prénom :	
Date de naissance :	
Sexe :	☐ Fille ☐ Garçon
Adresse :	
Ecole :	
Niveau scolaire :	
Inscription transports scolaires	☐ OUI ☐ NON
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, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) devra être élaboré avec le médecin scolaire
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 :
	☐ Autorisé à récupérer votre enfant	☐ A contacter en cas d'urgence
	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	☐ Autorisé à récupérer votre enfant	☐ 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 :