



# DOSSIER ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin

École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Taille		Pointure		Poids	
--------	--	----------	--	-------	--

### DROIT À L'IMAGE

Autorisation de la personne quant à la libre utilisation de son image (pour les mineurs).

- Je n'autorise pas la réalisation et la divulgation de photographies ou de films de mon enfant pris dans le cadre des activités périscolaires ou extrascolaires, sans limitation de durée et quel que soit le support (plaquettes, site, internet, télévision...) **L'enfant doit se retirer le temps de la prise de vue.**

### REPAS SPÉCIFIQUE

- Sans porc     Sans viande     Végétarien     Allergie alimentaire \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE SORTIR SEUL

J'autorise mon enfant à rentrer seul après la fin des activités :     Oui     Non

### SORTIE LORS DES ACTIVITES PERISCOLAIRES

J'ai connaissance que mon enfant pourra être amené à sortir de l'établissement lors des activités organisées sur le temps de l'accueil de loisirs (à pied, en bus...).

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) Votre enfant a-t-il déjà eu les vaccinations suivantes :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI (dates)	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI (dates)	NON
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio, ou Tetracoq			Hépatite B		
VACCINS RECOMMANDES	OUI (dates)	NON	Rubéole Oreillons Rougeole		
BCG			Coqueluche		
Autres à préciser			Autres à préciser		

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

2) Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3) Votre enfant présente-il des troubles de santé connus de longue durée :

- Allergies : Asthme :  Oui     Non    ➤ Alimentaire :  Oui     Non    ➤ Autres : \_\_\_\_\_

**Si oui, vous devez établir un contrat d'accueil individualisé.**

- Difficultés de santé de longue durée :  Oui : Lesquelles ? \_\_\_\_\_  Non

Recommandations des parents : \_\_\_\_\_

- Votre enfant est-il porteur de handicap (surdité, PMR, autisme...) ?  Oui : Lequel : \_\_\_\_\_  Non

➤ Crises, convulsions, autres : \_\_\_\_\_

➤ Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. ? \_\_\_\_\_

4) Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_