

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Etablissement scolaire :

Mon enfant s'est-il nager : Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, JOINDRE une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice). AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé PAI ? Oui Non

Si oui, JOINDRE un double du PAI

L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH ? Oui Non

Si oui, JOINDRE un double de l'attestation.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (si oui, cocher la ou les cases)

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

Votre enfant porte-t-il : Des Lunettes Des prothèses auditive Des prothèses Dentaires

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ? (si oui, cocher la ou les cases)

Asthme Médicamenteuses Alimentaire

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Régime alimentaire (si oui, cocher la ou les cases) Sans Porc Sans Viande Végétarien

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après, les difficultés de santé

(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....
.....
.....

L'enfant bénéficie-t-il d'un suivi psychologique ? Oui Non

Précisez :
.....
.....

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Téléphone du médecin :

AUTORISATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Autorise N'autorise pas
 Autorise N'autorise pas
 Autorise N'autorise pas

Mon enfant à rentrer seul(e)

L'ACA à transporter mon enfant vers les lieux d'activités

L'ACA à photographier et/ou filmer mon enfant et à diffuser le contenu sur les supports de communication

Je soussigné(e) / Nous soussignés (préciser père, mère ou tuteur légal)

Madame / Monsieur

Déclare / déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise / autorisons le responsable de l'ACA à prendre, le cas échéant, toute mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s)