



FICHE INFORMATION ENFANT

(une fiche par enfant)

Nom	Prénom

Féminin Masculin

date de naissance	Lieu de naissance

Classe:

Adresse :

AUTORISATIONS

L'enfant est autorisé à sortir seul :

Fournir une attestation écrite et signée

oui

non

Autorisation de photographie :

oui

non

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Groupe Sanguin :

Dernier Vaccin Tétanos :

VACCINS OBLIGATOIRES

Diophtérie :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
Tétanos :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
Poliomyélite :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
ou DT Polio	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
ou Tétracoq	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
BCG	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>

VACCINS RECOMMANDES

Hépatite B :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
Rubéole, Oreillons, Rougeole :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
Coqueluche :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>
Autre :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	date : <input type="text"/>

MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Angine :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

DIFFICULTES DE SANTE

ET CONDUITE A TENIR :

L'enfant porte t il :

des lentilles :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
des lunettes :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
des prothèses		
auditives :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
des prothèses		
dentaires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Asthmes : oui non

Médicamenteuses : oui non

Autres (hors alimentaire) :

MANGERA A LA CANTINEoui non Occasionnellement Régulièrement*

*Pour les réguliers : cocher les jours concernés

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>				

Régime spécial : oui non

si oui, lequel :

Sans porc : oui non Allergie(s) oui non

si oui, lequel :

UTILISERA LA GARDERIEOccasionnellement Régulièrement

Pour les réguliers : cocher les jours concernés

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Garderie 16h20 - 17h00	<input type="checkbox"/>				
Garderie 17h30 - 18h00	<input type="checkbox"/>				
Etude	<input type="checkbox"/>				

SORTIE PISCINE

L'enfant sait-il nager :

oui non **HABITANT DE RIVAS, PARTICIPANT AU T.A.P.**

Prendra-t-il le car vendredi à 16h30 :

oui non **PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autres que les parents)**

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

PERSONNE AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT (Autres que les parents)

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone

DOCUMENT A FOURNIR AVEC CETTE FICHE : attestation d'assurance en cours de validité

Le.....

A

Signatures :