

FICHE ENFANT

NOM:								
Prénom	Prénom :							
Date de	naissance :							
Sexe	Masculin	☐ Féminin						

ALSH 3/11 ANS			Sī	RUCTURES	FREQUENTEE:	S PAR L'ENFAN			
Hénansal Plénée-Jugon Secteur Moncontour Hénon Pommeret Secteur Saint-Alban CAP SEJOURS 10/13 ANS Pommeret Authority accinations obligatoires: antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique vaccin "DTPolio" Poids : Taille :			ALSH 3/11 A	NS			ANIMATIONS 11/17 ANS		
Hénon	Bréhand Nov			Noyal		Sect	Secteur Lamballe / Tramain 🗌		
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX vaccinations obligatoires : antidiphtérique, antipoliomyélitique → vaccin "DTPolio" Date du dernier rappel DTP : Poids : Taille : Asthme Y at-il un traitement en cours ? □ OUI □ NON si oui lesquelles: Allergies Recommandations qu'il vous semble mportant de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? Lunettes ou lentilles DUI □ NON Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles □ OUI □ NON Prothèses auditives / diabolos □ OUI □ NON appareils dentaires □ OUI □ NON OUI □ NON OUI □ NON Prothèses auditives / diabolos □ OUI □ NON	Hén	ıansal		Plénée- Ju	ıgon 🗌	Sect	Secteur Saint-Alban		
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX vaccinations obligatoires : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique → vaccin "DTPolio" Date du dernier rappel DTP : Poids : Taille : Asthme Y at-il un traitement en cours ? □OUI □ NON si oui lesquelles: Allergies Recommandations qu'il vous semble mportant de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? Lunettes ou lentilles □OUI □ NON Prothèses auditives / diabolos □OUI □ NON appareils dentaires □OUI □ NON OUI □ NON OUI □ NON Prothèses auditives / diabolos □OUI □ NON appareils dentaires □OUI □ NON	Hén	ion		Pommere	t 🗌	Sect			
vaccinations obligatoires : antidiphtérique, antipoliomyélitique → vaccin "DTPolio" Date du dernier rappel DTP : Poids : Taille : Asthme Y at-il un traitement en cours ? ☐ OUI ☐ NON Si oui lesquelles: Allergies Recommandations qu'il vous semble mportant de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) OUI ☐ NON Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? ☐ OUI ☐ NON Votre enfant porte t-il? ☐ OUI ☐ NON Prothèses auditives / diabolos ☐ OUI ☐ NON appareils dentaires ☐ OUI ☐ NON	Lam	ıballe		Quessoy		CAP S			
Asthme Asthme				RENSEI	GNEMENTS M	1EDICAUX			
Poids :				es : antidiphtér	ique, antitétaniqu	ıe, antipoliomyélit	rique → vaccin " DTP olio"		
Asthme Y at-il un traitement en cours? OUI NON si oui lesquelles: Recommandations qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique? OUI NON Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles OUI NON Prothèses auditives / diabolos appareils dentaires OUI NON	Date du der	nier i	rappel DTP :		Poids :		Taille :		
Recommandations qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique? Lunettes ou lentilles Prothèses auditives / diabolos appareils dentaires OUI NON OUI NON OUI NON Prothèses dentaires OUI NON OUI NON		Δst	hme				<u> </u>		
Recommandations qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? Lunettes ou lentilles Prothèses auditives / diabolos appareils dentaires OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON						ın traitement	en cours ? OUI	NON	
Recommandations qu'il vous semble mportant de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ?				si oui	lesquelles:				
Recommandations qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ?		Alle	rgies						
important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ?		,	. 8.00						
important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ?									
important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ?	Recomman	dation	s au'il vous sambl	ما					
(énurésie, troubles du sommeil ou du comportement) Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? OUI NON Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles OUI NON Prothèses auditives / diabolos OUI NON appareils dentaires OUI NON			•						
Votre enfant a t-il un PAI? régime alimentaire spécifique ? OUI NON		-							
alimentaire spécifique ? Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles Prothèses auditives / diabolos appareils dentaires OUI NON OUI NON OUI NON	со	mport	tement)						
alimentaire spécifique ? Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles Prothèses auditives / diabolos appareils dentaires OUI NON OUI NON OUI NON	Votro enfa	nt a t	il un DAI2 régime						
Votre enfant porte t-il? Lunettes ou lentilles	_					По	אסא □ ונ		
Prothèses auditives / diabolos				Vot	re enfant por				
appareils dentaires OUI NON	Lunettes ou lentilles				-		NON IL		
	Prothèse	es audi	itives / diabolos			oı	NON L		
Autres (précisez)	арі	pareils	dentaires				NON IL		
Autres (précisez)									
	A	utres (précisez)						
							es renseignements po	ortés sur cette fic	
	'engage à les a	ctualis	ser tout au long de	e l'année sco	olaire, si néces	saire.			
			n cas d'accident, l	e responsab	ole de la struct	ure prendra to	ute les mesures qui l	ui seront donnée	
'engage à les actualiser tout au long de l'année scolaire, si nécessaire. suis informé(e) qu'en cas d'accident, le responsable de la structure prendra toute les mesures qui lui seront donnée	•• >		_			_			
soussigné(e)	iit à :		Le :			S	ignature :		

Monsieur le Président de Lamballe Terre & Mer vous informe : «Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des services enfance/jeunesse (effectifs, facturation...). Les destinataires des données sont : le personnel du service « enfance/jeunesse ». Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Lamballe Terre & Mer – service « Enfance Jeunesse » - 41 Rue St Martin – CS 90242 – 22402 LAMBALLE Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.