

**FICHE
ENFANT**

NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

STRUCTURES FREQUENTEES PAR L'ENFANT			
ALSH 3/11 ANS		ANIMATIONS 11/17 ANS	
Bréhand <input type="checkbox"/>	Noyal <input type="checkbox"/>	Secteur Lamballe / Tramain <input type="checkbox"/>	
Hénansal <input type="checkbox"/>	Plénée- Jugon <input type="checkbox"/>	Secteur Moncontour <input type="checkbox"/>	
Hénon <input type="checkbox"/>	Pommeret <input type="checkbox"/>	Secteur Saint-Alban <input type="checkbox"/>	
Lamballe <input type="checkbox"/>	Quessoy <input type="checkbox"/>	CAP SEJOURS 10/13 ANS <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	
<i>vaccinations obligatoires : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique → vaccin "DTPolio"</i>	
Date du dernier rappel DTP :	Poids : Taille :
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Y at-il un traitement en cours ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allergies	<i>si oui lesquelles:</i>
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 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant porte t-il?	
Lunettes ou lentilles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Prothèses auditives / diabolos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
appareils dentaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (précisez)	

Je soussigné(e)..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser tout au long de l'année scolaire, si nécessaire.

Je suis informé(e) qu'en cas d'accident, le responsable de la structure prendra toute les mesures qui lui seront données par les services d'urgence.

Fait à :

Le :

Signature :