

INFORMATIONS ENFANT

ENFANT			
Nom		Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance	
Ecole 2024/2025		Classe 2024/2025	
Enseignant		N° téléphone ado	
Situation de handicap	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de handicap	
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Sans régime <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> PAI Alimentaire (joindre dossier)		

Vaccinations (dernier en date) :

Vaccin	Date du dernier rappel	Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio		Rubéole-oreillons-Rougeole	
Hépatite B		BCG	

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : Scarlatine Rhumatisme Rougeole Coqueluche Asthme
 Rubéole Oreillons Varicelle Otite Angine

L'enfant a-t-il déjà eu des allergies ? (Si oui préciser) :

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'information médicale, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter

L'enfant a un PAI (merci de préciser le motif et joindre impérativement le PAI au dossier) Oui Non

Recommandation utile des parents (Lunettes, lentilles, appareillages...) :

Coordonnées du médecin traitant : Nom Prénom
 Numéro de téléphone Adresse

J'autorise le centre social de la Ferrandière à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident et à faire pratiquer tous soins d'urgence.

J'autorise le centre social de la Ferrandière à filmer et à prendre en photos mon enfant dans le cadre des activités du centre social (ces images peuvent être diffusées sur notre blog, plaquette et page Facebook). Oui Non .

J'autorise mon enfant ou adolescent à rentrer seul dès la fin de l'activité Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT HORS PARENTS

Toute personne non inscrite sur le tableau ne pourra récupérer votre enfant.

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom			
Prénom			
Numéro de téléphone			
Lien de parenté			

Villeurbanne, le
 Signature précédée de lu et approuvé