

## INFORMATIONS ENFANT

|                       |   | ENFANT            |  |
|-----------------------|---|-------------------|--|
| Nom                   |   | Prénom            |  |
| Sexe                  | <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon  | Date de naissance |  |
| Ecole 2025/2026       |   | Classe 2025/2026  |  |
| 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