



Fiche Renseignements Enfant année 22-23

Enfant :

Nom & Prénom
 Né(e) le à : Age : Sexe :
 Adresse
 N° de sécurité sociale : Nationalité :

Responsables légaux

Nom-prénom du père-responsable légal-tuteur	Nom-prénom de la mère-responsable légal-tutrice
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Né(e) le à	Né(e) le à
Adresse :	Adresse :
Adresse mail :	Adresse mail :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Tel. Professionnel :	Tel. Professionnel :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
N° Allocataire :	N° Allocataire :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non	Autorité Parentale : ☐ Oui ☐ Non

Qui exerce l'autorité parentale ? Père : ☐ Oui ☐ Non : Mère : ☐ Oui ☐ Non Tuteur : ☐ Oui ☐ Non

Si un parent exerce seul l'autorité parentale, seul une décision judiciaire peut mettre fin au régime en commun de l'autorité parentale, Si c'est le cas veuillez nous fournir une copie de la décision judiciaire

Situation familiale : Marié (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Veuf (ve) ☐

En cas de séparation ou divorce, merci d'indiquer les éléments qui vous semblent important de porter à la connaissance du directeur (trice) (jugement, divorce, garde partagée, alternée,

COMPOSITION DU FOYER SI DIFFERENT DES RESPONSABLES LEGAUX (famille recomposée)
RESPONSABLE DUTANT L'ACCUEIL (grands-parents, famille d'accueil...)

Nom, Prénom
Lien avec l'enfant.....
Adresse.....
Téléphone domicile.....
Mobile.....
Travail.....

Quotient familial CAF (joindre attestation) :
Nombre Total d'Enfants :
Nombre d'Enfants à Charge :
Assurance :
N° de police :

Situation Familiale :

Divers	
Sommeil :	
Activités :	
Note :	
Habitudes :	

Autorisations	
Autorisation de sortie pédestre	☐ Oui ☐ Non
Départ seul	☐ Oui ☐ Non
Prise d'images	☐ Oui ☐ Non
Diffusion d'images	☐ Oui ☐ Non
Transport collectif	☐ Oui ☐ Non
Commentaires	

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville

Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation :

Etablissement Hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Pour toute autre condition de sortie, se rapprocher du responsable de la structure

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Adresse de facturation si différente de l'adresse parentale (grands-parents, institution.....)

NOM, Prénom ou dénomination.....

Adresse.....

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès de la responsable de la structure.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à : Le :

"Lu et approuvé" Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2022/2023

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** et les **médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ **MÉDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION,
OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES
PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC., PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :
Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES