

### FICHE ENFANT

<b>NOM et Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Sexe :</b>	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
<b>Adresse :</b>	
<b>Niveau scolaire :</b>	
<b>Inscription transports scolaires</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Médecin traitant ou pédiatre</b>	<input type="checkbox"/> Cabinet médical d'Ancenis (170 rue du Verger) ☎ 02 40 83 14 58 Nom du médecin : ..... <input type="checkbox"/> Cabinet médical de St Géréon (277 rue du Clos Martin) ☎ 02 85 95 70 20 Nom du médecin : ..... <input type="checkbox"/> Autre : Nom du médecin : ..... Adresse : ..... ☎ : .....
<b>Allergies :</b>	<input type="checkbox"/> Alimentaires (à préciser) ..... <input type="checkbox"/> Autre allergie ou maladie chronique (à préciser) : .....
<b>Trousse d'urgence</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) devra être élaboré avec le médecin
<b>Handicap reconnu par la MDPH</b>	Si oui, lequel :
<b>Habitudes Alimentaires</b>	<input type="checkbox"/> Repas sans porc <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Port de :</b>	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Appareil dentaire
<b>Problèmes de santé à signaler avec les précautions à prendre (accident, convulsions, hospitalisation, opération).</b>	

#### Personnes autorisées à récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

<b>Personnes autres que les parents</b>	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	
	Nom - Prénom :	
	Tél :	Lien de parenté avec l'enfant :
	<input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer votre enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	

*Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement des activités périscolaires et m'engage à le respecter.*

**Date :** .... /..... /20....

**Signature des responsables légaux :**