



# Fiche de renseignements

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Sexe : **H / F** Age : ..... ANS

ACTIVITES	JOURS/HORAIRES
.....	.....
.....	.....

Nom-Prénom du père : .....

N° : .....

N° : .....

Nom-Prénom de la mère : .....

N° : .....

N° : .....

Votre enfant rentre seul :  OUI  NON

Si **NON**, précisez-le(s) nom des personnes habilitées à récupérer votre enfant

**NOM-PRENOM-TELEPHONE**  
.....  
.....

**DECHARGE MEDICALE** : Je soussigné(e) Madame,

Monsieur ..... autorise le responsable d'activité à faire le nécessaire en cas d'urgence médicale.

**ET DROIT A L'IMAGE** : J'autorise Le Polyèdre à diffuser :

- **EN INTERNE** pour les supports papiers (affiches, plaquettes, panneaux Polyèdre) mon image au travers de photos prises lors d'activité.  oui  non
- **EN EXTERNE** pour les réseaux sociaux et la presse mon image au travers de photos prises lors d'activité.  oui  non

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT** les photocopies du carnet de santé pour les vaccinations et le détail des maladies.

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
(Articulaire aigue)			Oreillon	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Otite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

**ALLERGIES :**

**Médicamenteuses**  OUI  NON **Alimentaires**  OUI  NON

**Asthme**  OUI  NON Autres : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

(si automédication, le signaler avec justificatif)

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, autisme, ...) en précisant les dates et précautions à prendre : .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ?  OUI  NON

Précisez : .....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans gluten, sans viande,...)

OUI  NON Lequel ? : .....

Autres : .....

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....  
Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....

# Fiche Sanitaire

## Fiche de renseignements

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Sexe : **H / F** Age : ..... ANS


ACTIVITES	JOURS/HORAIRES
.....	.....
.....	.....

Nom-Prénom du père : .....

 N° : .....

 N° : .....

Nom-Prénom de la mère : .....

 N° : .....

 N° : .....

Votre enfant rentre seul :  OUI  NON

Si **NON**, précisez-le(s) nom des personnes habilitées à récupérer votre enfant

**NOM-PRENOM-TELEPHONE**  
 .....  
 .....

### DECHARGE MEDICALE : Je soussigné(e) Madame,

Monsieur ..... autorise le responsable d'activité à faire le nécessaire en cas d'urgence médicale.

### ET DROIT A L'IMAGE : J'autorise Le Polyèdre à diffuser :

- **EN INTERNE** pour les supports papiers (affiches, plaquettes, panneaux Polyèdre) mon image au travers de photos prises lors d'activité.  oui  non
- **EN EXTERNE** pour les réseaux sociaux et la presse mon image au travers de photos prises lors d'activité.  oui  non

## Fiche Sanitaire

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT** les photocopies du carnet de santé pour les vaccinations et le détail des maladies.

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(Articulaire aigue)		Oreillon	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### ALLERGIES :

**Médicamenteuses**  OUI  NON **Alimentaires**  OUI  NON

**Asthme**  OUI  NON Autres : .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication, le signaler avec justificatif)

### INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, autisme, ...) en précisant les dates et précautions à prendre : .....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ?  OUI  NON

Précisez : .....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans gluten, sans viande,...)

OUI  NON Lequel ? : .....

Autres : .....

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....