



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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Alimentaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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
Le

Signature du représentant légal

Fiche Sanitaire