

**FICHE INDIVIDUELLE ENFANT**  
(Compléter une fiche par enfant pratiquant une activité)

<b>INFORMATIONS</b>	NOM de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
<b>SANITAIRES</b>	Date de naissance : ____ / ____ / _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	Nom et prénom du responsable légal : _____
	N° tél : _____

**1-NOM DU MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_ 

**2-VACCINATIONS (obligatoires) :**  
*Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018  
 Et les 11 pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018*

<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Oreillons
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rubéole
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae b
<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Méningocoque C
<input type="checkbox"/> Pneumocoque	

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.

**3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Votre enfant est allergique ?  oui – Précisez : \_\_\_\_\_  non

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  oui (**joindre une copie du PAI**)  non

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Votre enfant porte :  des lunettes     lentilles de contact     appareil dentaire     appareil auditif  
 autre \_\_\_\_\_

**4-ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :**

Votre enfant a une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)  oui  non

Si oui, la notification prévoit elle un Auxiliaire de Vie Scolaire  oui  non

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH  oui (**fournir l'attestation AEEH**)  non

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ?  oui  non

Si oui, lequel \_\_\_\_\_

**5-ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE) :**

Pour toute participation aux activités municipales, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire ou responsabilité civile du foyer **en cours de validité**

**Joindre une copie de l'attestation d'assurance**

**6-PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE :**

**Contact 1**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_



professionnel \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence -  Autorisé à prendre l'enfant en charge

**Contact 2**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_



professionnel \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence -  Autorisé à prendre l'enfant en charge

**Contact 3**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_



professionnel \_\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence -  Autorisé à prendre l'enfant en charge

**7-AUTORISATION ET DECLARATION A COCHER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités péri ou extra-scolaire proposées par la commune de Grisolles

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

**Signature obligatoire :**

Date : \_\_\_\_\_