

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

Compléter les maladies contractées.

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