

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
Date de naissance : ..... Sexe : Masculin  Féminin   
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

**Nom et prénom du (des) responsable(s) légaux :** .....  
Qualité : Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil   
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**Assurance** de l'enfant : ..... N° de police : .....  
Adresse de l'assureur : .....

**Renseignements concernant la santé de l'enfant :**  
Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Date du dernier rappel antitétanique (ou DT Polio ou Tétracoq) : .....

Traitement médical : Oui  Non  Si oui, lequel.....  
.....

Allergies : Allergies alimentaires : Oui  Non  Allergies médicamenteuses : Oui  Non   
Asthme : Oui  Non  Autres allergies : Oui  Non

Maladie pouvant entraîner des crises aiguës (asthme, épilepsie, diabète, etc.) : Oui  Non   
Précisez la nature de l'allergie ou maladie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :  
.....  
.....

Protocole d'Accueil Individualisé P.A.I (si l'enfant présente une allergie alimentaire ou maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins à l'école) : Oui  Non  (Si oui, dossier à remettre en mairie)

L'enfant est-il en situation de handicap ? Oui  Non  Si oui, précisez : .....

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et précautions à prendre :  
.....  
.....

L'enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. (précisez) :  
.....

Personnes à contacter en cas de problème et d'absence des responsables légaux :  
M..... Qualité : ..... Téléphone : .....  
M..... Qualité : ..... Téléphone : .....

Je soussigné(e) (Nom) ..... (Prénom) .....,  
responsable légal de l'enfant :

- donne l'autorisation, en cas d'accident ou maladie, de faire transporter par les services d'urgence médicale mon enfant à l'hôpital de ..... qui pratiquera les interventions médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De ce fait, je dégage les services de toute responsabilité pour tout dommage qui surviendrait à mon enfant, ou du fait de mon enfant après cette prise en charge, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

- déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, sans omission.

- m'engage à signaler par écrit tout changement de situation (ex : nouveau numéro de téléphone, changement de l'état de santé de l'enfant...).

Date : ..... Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :