

FICHE ENFANT 2025-2026

Né(e) le : _____ Nom : _____

Classe à la rentrée 2025-2026 : _____ Prénom : _____

Collégiens et lycéens : Tel personnel du jeune : _____

Régime alimentaire : ☐ Sans porc ☐ Sans viande

Représentants légaux :

Parent 1 :

Nom et prénom : _____ N° de tel : _____

Parent 2 :

Nom et prénom : _____ N° de tel : _____

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant et à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ N° de tel : _____

Nom et prénom : _____ N° de tel : _____

Nom et prénom : _____ N° de tel : _____

Autorisations :

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
- Participer aux sorties
- Voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

J'autorise l'association organisatrice à :

- Photographier ou filmer mon enfant : ☐ Oui ☐ Non

(Les photos et vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogiques et pour les outils de communication de l'association Graines de Loisirs)

Date et Signature :

Renseignements médicaux

Joindre impérativement une copie des vaccinations ou à défaut, un certificat de contre-indication

Troubles de santé :

	Oui	Non	
Allergies alimentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi : _____
Allergies médicamenteuses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi : _____
Autres allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi : _____
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser à quoi : _____

Traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.***

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation...) : Préciser les dates et précautions à prendre :

Je soussigné(e), _____ responsable légal(e)
de l'enfant : _____

- Autorise l'Association à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date et Signature :

