

## 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 :**

