

FICHE ENFANT 2026-2027

Né(e) le : _____ NOM : _____

Classe à la rentrée 2026-2027 : _____ Prénom : _____

Collégiens et lycéens : Mail du jeune : _____

Tel personnel du jeune : _____

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande

Représentants légaux :

Parents séparés, cocher la case :

Nom et Prénom Parent 1 : _____ N° de téléphone : _____

Nom et Prénom Parent 2 : _____ N° de téléphone : _____

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, filmer, enregistrer mon enfant : Oui Non

(Les photos, vidéos ou vocaux 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 :