



DOSSIER ENFANT Année 2025/2026

Nom de l'enfant : Prénom :
Né(e) le : Sexe : Féminin Masculin
Ecole : Classe :

DROIT A L'IMAGE

Autorisation de la personne quant à la libre utilisation de son image (pour les mineurs).

Je soussigné(e)..... consens

ne consens pas

à la réalisation (prise de vue) et à la divulgation d'images de mon enfant prises dans le cadre des activités périscolaires ou extrascolaires, sans limitation quant à la durée ou au support (plaquettes, site, internet, télévision...)

AUTORISATION DE SORTIE LORS DES ACTIVITES PERISCOLAIRES

Je soussigné(e)....., autorise mon enfant à sortir de l'établissement lors des activités organisées sur le temps de l'accueil périscolaire (à pied, en bus...).

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-votre enfant a-t-il déjà eu les vaccinations suivantes :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI / NON	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	OUI / NON	Date du dernier rappel
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole Oreillons		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			BCG		
Ou Tetracoq			Autres à préciser		

2-votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

3-votre enfant présente-il des troubles de santé connus de longue durée :

-Allergies : Asthme : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Alimentaire : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres..... Si oui, vous devez établir un projet d'accueil individualisé (PAI)	
-Difficultés de santé de longue durée : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Crises, Convulsions, Autres.....	
Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. ?	
.....	

4-Nom et tél du médecin traitant :

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: