



## FICHE ENFANT

Année 2024/2025

(Merci de remplir un dossier par enfant)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Classe fréquentée à la rentrée de septembre 2024 : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom /Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

Nom /Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

1° Nom Prénom : \_\_\_\_\_ statut : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

2° Nom Prénom : \_\_\_\_\_ statut : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

3° Nom Prénom : \_\_\_\_\_ statut : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

4° Nom Prénom : \_\_\_\_\_ statut : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

*Seuls les enfants en âge d'aller au collège peuvent venir chercher les enfants à ALE*

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

NON

OUI *Si oui, merci de fournir une ordonnance de moins de 1 mois. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.*

### ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME

MEDICAMENTEUSE

ALIMENTAIRE

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et les conduites à tenir :

Merci de fournir les documents en fonction de l'allergie notée les **attestations** correspondantes (médecin traitant, copie de P.A.I. ou « feuille Convivio » pour la cuisine)

### DROIT A L'IMAGE

Autorisez-vous le FLEP à filmer, à photographier et effectuer des prises de voix de votre enfant dans le cadre des projets d'animations du FLEP et à les diffuser dans le cadre de la communication du FLEP, site internet, page FACEBOOK du FLEP (via un hébergeur vidéo).

OUI

NON

Selon la loi « informatique et liberté », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations recueillies sur informatique, qui vous concernent.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal (nom/prénom) de l'enfant

\_\_\_\_\_ (nom/prénom) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Signature du responsable légal, suivi de lu et approuvé, et daté.**