**Fiche d’identification et santé**

**CETTE FICHE EST A REMETTRE OBLIGATOIREMENT EN SEPTEMBRE**

**1. Coordonnées de l’enfant (en majuscules svp)**

Nom :………………………………………. Prénom :……………………………….

Date de naissance :…../……/…… Age :………..ans Classe :……..

Adresse : ……………………………………………………………………………………...

Code postal : …………………. Localité : ……………………………….

Gsm maman : ……………………………….. Gsm papa : ……………………………………

Tuteur légal : ……………………………………..

Qui peut venir chercher l’enfant à l’école :……………………………………………………………….

**2. Coordonnées de facturation (si différent du point 1)**

Nom :………………………………………. Prénom :……………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………...

Code postal : …………………. Localité : ……………………………….

**3. Lieu de vie**

● Où l’enfant vit-il habituellement ? ○ Famille ○ Institution ○ Grands-parents

● Personne à contacter en cas d’urgence :

1. Nom et prénom : ………………………Lien de parenté : …………………………

Téléphone : ……………............. Gsm : ………………………………….....

1. Nom et prénom : ………………………Lien de parenté :………………………….

Téléphone : ……………............. Gsm : …………………………………….

● A-t-il/elle des frères ou des sœurs ? ○ oui/○ non   
Si oui, combien sont dans l’école? ………........  
Dans quelle classe ?......................

**En cas de famille nombreuse recomposée (avec noms de familles différents),merci de nous fournir une composition de ménage afin de bénéficier des réductions)**

**3. Informations médicales**

● Nom du médecin traitant : …………………………….. Tel : ……………………………….

● Est-il soigné par homéopathie ? ○ oui/○ non

● Groupe sanguin : ………………….

● Est-il allergique ?

🙝 A certains produits alimentaires ? ○ oui/○ non Si oui lesquels ? ……………

🙝 A certains médicaments ? ○ oui/○ non Si oui lesquels ? ……………

🙝 Au soleil ? ○ oui/○ non

Si oui, quelles précautions particulières prendre ?.................................................................

🙝 A d’autres choses ? ○ oui/○ non Si oui, à quoi ? ……………...

● A-t-il/elle subit une maladie ou intervention grave ? ○ oui/○ non

🙝 Si oui, quand et laquelle ? …….……………………………………………………

● Votre fille est-elle réglée ? ○ oui/○ non

● Doit-t-il/elle prendre des médicaments régulièrement ? ○ oui/○ non

🙝 Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?.……………………………………………

● A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :

🙝 Porte-t-il des lunettes ○ oui/○ non

Si oui, quelle dioptrie ?...................

🙝 Porte-t-il un appareil auditif ○ oui/○ non

● Souffre-t-il d’un handicap ○ oui/○ non Si oui, lequel ?...........................

● A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ○ oui/○ non

🙝 Date de la première injection ………………………………………………………..

🙝 Date du dernier rappel ……...………………………………………………………..

● Y a-t-il d’autres remarques utiles à formuler ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur…) ……………………………………………….

Par la présente, je soussigné…………………………………………………………….……… déclare avoir pris connaissance du projet d’accueil de l’asbl Animafun, et en accepte les conditions.

Date et signature :