



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## A RETOURNER A L'AJP

# 2025-2026

## 1 | ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Garçon  Fille   
Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_

## 2 | RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Père  Mère   
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable (mère) : \_\_\_\_\_  
Téléphone portable (père) : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : \_\_\_\_\_

## 3 | VACCINATIONS

**Nous fournir obligatoirement une copie de la page DTP du carnet de vaccination.**  
*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## 4 | RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**      oui       non

Si oui, joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) et une autorisation écrite.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

rubéole  varicelle  angine  rhumatisme articulaire aigu   
scarlatine  coqueluche  otite  rougeole  oreillons

**Allergies**

asthme  médicamenteuse  alimentaires   
autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

---

---

---