

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

ENFANT	PHOTO
Nom : Prénom : Né(e) le : Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Adresse mail personnelle du jeune (s'il en possède une) : Téléphone portable du jeune (s'il en possède un) :	[Obligatoire] Coller ici une photo d'identité récente de votre enfant (pas d'agrafe SVP !!!)
SCOLARITE 2021-2022 Etablissement scolaire : Classe : Instituteur :	

PARENT 1	responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom :	
Prénom :	
Adresse domicile :	
Téléphone domicile :	
Tél. portable :	
Situation familiale :	
Profession :	
Nom de l'Employeur :	
Adresse employeur :	
Tél. travail :	

PARENT 2	responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom :	
Prénom :	
Adresse domicile :	
Téléphone domicile :	
Tél. portable :	
Situation familiale :	
Profession :	
Nom de l'Employeur :	
Adresse employeur :	
Tél. travail :	

AUTRES INFORMATIONS (Précisez le cas échéant si l'enfant ne vit que chez l'un des deux parents...)

AUTORISATIONS			
Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant (<i>fournir un justificatif pour l'interdiction</i>) et à prévenir en cas d'urgence			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté (grand parent, belle-mère...)
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
– J'autorise la diffusion des photos / vidéos prises lors des activités et / ou manifestations de l'association dans les différents supports médiatiques internes ou externes.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ACTIVITE ACM
Précisez si votre enfant participe à l'un des Accueils Collectifs de Mineurs (ACM) géré par l'association : <input type="checkbox"/> ALSH / APS Paimboeuf <input type="checkbox"/> ALSH / APS Corsept <input type="checkbox"/> MJ Paimboeuf <input type="checkbox"/> MJ Corsept

DOSSIER MEDICAL													
<p>Médecin traitant :</p> <p>Tél médecin :</p> <p>Traitement médical en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Maladies</p> <p><input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Coqueluche</p> <p><input type="checkbox"/> Rhumatisme <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite</p> <p><input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Varicelle</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Recommandations utiles des parents :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Vaccinations (joindre photocopies du carnet de santé)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Oui</th> <th style="width: 10%;">Non</th> <th style="width: 20%;">Date du dernier rappel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT Polio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Allergies</p> <p><input type="checkbox"/> Alimentaires :</p> <p><input type="checkbox"/> Médicamenteuses :</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme :</p> <p>Repas spéciaux :</p> <p><input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I</p> <p><input type="checkbox"/> Sans poisson <input type="checkbox"/> Autre :</p>		Oui	Non	Date du dernier rappel	DT Polio				ROR			
	Oui	Non	Date du dernier rappel										
DT Polio													
ROR													

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche (recto/verso)
- autorise les responsables des Accueils collectifs de mineurs et du Centre Socioculturel Mireille Moyon à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- prend note que la participation aux activités entraîne de plein droit l'acceptation que mon enfant soit transporté au sein des véhicules utilisés par l'association (autocar, minibus...),
- déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur du lieu d'accueil qui m'ont été remis avec le présent dossier, et en accepte les modalités de fonctionnement.

Signature :