

## 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) : .....	<b>[Obligatoire]</b>  Coller ici une photo d'identité récente de votre enfant <b><u>(pas d'agrafe SVP !!!)</u></b>
SCOLARITE 2017-2018	
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																											
<b>N° de sécurité sociale (où est rattaché l'enfant) :</b> .....																											
<p>Médecin traitant : .....</p> <p>Tél médecin : .....</p> <p><b>Traitement médical en cours :</b> <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Maladies</b></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><b>Difficultés de santé :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Vaccinations (joindre photocopies du carnet de santé)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>Diphtérie</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tétanos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poliomyélite</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ou DT Polio</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Allergies</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alimentaires : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Médicamenteuses : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme : .....</p> <p><b>Recommandations utiles des parents :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>				Oui	Non	Date du dernier rappel	Diphtérie				Tétanos				Poliomyélite				Ou DT Polio				ROR			
	Oui	Non	Date du dernier rappel																								
Diphtérie																											
Tétanos																											
Poliomyélite																											
Ou 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 :**