

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

ENFANT	PHOTO
Nom : Prénom :	Coller ici une photo d'identité récente de votre enfant
Né(e) le : Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	
Téléphone portable du jeune (s'il en possède un) :	
SCOLARITE 2022-2023	
Etablissement scolaire :	
Classe :	

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 (si différente du parent 1) :	
.....	
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"/> Périscolaire Paimboeuf <input type="checkbox"/> Périscolaire 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 (déjà eues) :</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.

Pour les activités sportives, je certifie que mon enfant :

- ne présente aucune contre-indication
- présente les contre-indications suivantes :

Signature :