

## 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 2020-2021	
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 style="text-align: left; padding: 5px;">DT Polio (obligatoire)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">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	DT Polio (obligatoire)				ROR			
	Oui	Non	Date du dernier rappel												
DT Polio (obligatoire)															
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 :**