

FICHE ENFANT

ENFANT	PHOTO
Nom : Prénom : Né(e) le : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille Téléphone portable du jeune (s'il en possède un) : / / / /	
SCOLARITE 2024-2025	
Etablissement scolaire : Classe :	

ADULTES REFERENTS DE L'ENFANT

Adulte 1	Adulte 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez :) Nom : Prénom : Né(e) le : / / Lieu de Naissance : Tél portable : / ... / ... / ... / ... Tél travail : / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (Précisez :) Nom : Prénom : Né(e) le : / / Lieu de Naissance : Tél portable : / ... / ... / ... / ... Tél travail : / ... / ... / ... / ...

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

AUTORISATIONS (Hors adultes référents de l'enfant)

Personnes autorisées ou **interdites** à récupérer l'enfant (fournir un justificatif pour l'interdiction) et à prévenir en cas d'urgence

Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			

CHOIX DE L'ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

ALSH Paimboeuf
 ALSH Corsept
 MJ Paimboeuf
 MJ Corsept

DROITS A L'IMAGE

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.

Je n'autorise pas la diffusion des photos / vidéos prises lors des activités et/ou manifestations de l'association dans les différents supports médiatiques internes ou externes.

INFORMATION SANTE

Médecin traitant :

Tél. médecin : / / / /

Traitement médical en cours :

.....

.....

.....

Maladies (déjà eues)

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Asthme : | | |

Difficultés de santé

.....

.....

.....

Régime spécifique

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sans porc | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez :)) |
| <input type="checkbox"/> sans poisson | |

Vaccinations

	OUI	NON	Date du dernier rappel
DT Polio			
<i>(diphthérie, tétanos, poliomyélite)</i>			
ROR			
<i>(rougeole, oreillons, rubéole)</i>			

Allergies

- Alimentaires :
- Médicamenteuses :

Suivi médical (fournir justificatif)

- Enfant bénéficiaire de l'AAEH
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

.....

.....

AUTORISATIONS

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

- déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts (recto/verso)
- autorise la direction à consulter notre dossier allocataire afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs.
- autorise le personnel du Centre Socioculturel Mireille Moyon à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgences nécessaire en cas d'accident / incident impliquant l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical, SAMU, pompier, anesthésie etc.).
- prend note que la participation aux activités entraine 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 :
-

A :

Le :

Signature :