



FICHE INDIVIDUELLE COMPLETE 2018-2019

(Valable du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019)

Enfant et Jeune de 3 à 17 ans **non scolarisé** sur la commune de Souleuvre en Bocage
Et pour les enfants scolarisés **après le primaire (collégiens)**.

Photo
(Obligatoire)

ENFANT : NOM, Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe : F M

Adresse :

Code postal :ville :

Tél. : |__| |__| |__| |__| |__| E-mail :

Établissement scolaire fréquenté (classe, ville) :

PARENT 1 (ou responsable légal) : NOM, Prénom :

Profession :

Adresse (si différente) :

Tél : |__| |__| |__| |__| |__| Tél bureau : |__| |__| |__| |__| |__|

PARENT 2 (ou responsable légal) : NOM, Prénom :

Profession :

Adresse (si différente) :

Tél : |__| |__| |__| |__| |__| Tél bureau : |__| |__| |__| |__| |__|

1) **LA VACCINATION ***: (Veuillez nous fournir **une photocopie** du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant). *Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

2) **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? *oui / non

*Si oui, joindre une ordonnance à jour et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES* ?

	Oui	Non		Oui	Non
Respiratoires			Médicamenteuses		
Alimentaires			autres		

*Préciser la forme d'allergie, la cause et la conduite à tenir (si automédication, le préciser) :

.....
.....



Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....
.....
.....

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....
.....

4) AUTORISATION DIVERSES :

Je soussigné(e).....en tant que responsable légal de l'enfant.....

autorise ce dernier à être **photographié, enregistré ou filmé** seul ou en groupe lors des activités proposées par RECREA. Ces éléments pourront être diffusés dans les locaux du centre lors d'événements, sur la plaquette RECREA et le site internet de la commune de Souleuvre en Bocage sur la page dédiée aux informations de RECREA.

déclare avoir pris connaissance de l'information suivante concernant **l'assurance** de mon enfant: « Nous vous informons que l'Accueil Collectif de Mineurs «Rencontres Educatives, Collectives et Rurales des Enfants et des Adolescents » (RECREA) est assuré auprès de SMACL. Cette assurance couvre la garantie de responsabilité civile (organisateur, exploitants des locaux, préposés, participants). **ATTENTION**, cette assurance ne couvre pas les dommages individuels (sans tiers) que votre enfant pourrait causer lors des activités proposées par l'Accueil Collectif de Mineurs. Il est donc obligatoire que vous disposiez d'un contrat d'assurance personnel couvrant les dommages individuels. »

autorise le responsable de la structure de prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Si vous êtes allocataire CAF :

m'engage à fournir mon numéro d'allocataire CAF et autorise la collectivité à consulter mon dossier CAF, afin de me facturer le tarif correspondant à ma situation. La collectivité s'engage à respecter toute confidentialité relative à mon dossier

Mon numéro CAF :

Si vous êtes allocataire MSA :

m'engage à fournir un document MSA dans lequel est stipulé mon quotient familial. La collectivité s'engage à respecter la confidentialité des informations qui y sont indiquées.

Si vous n'avez pas de numéro allocataire :

m'engage à fournir le ou les dernier(s) avis d'imposition. Le calcul suivant sera appliqué afin de connaître le quotient familial : Revenu imposable = Nombre de parts/12 mois

Cocher les autorisations voulues ou nécessaires après en avoir pris connaissance

Fait le __/__/__ à **Signature :**