

**DOSSIER INDIVIDUEL / Saison : 2010-2011**  
(Pour les mineurs)

Date : .....

<input type="checkbox"/> NOTIFICATION CAF	<input type="checkbox"/> ASSURANCE	<input type="checkbox"/> CERTIFICAT MEDICAL (activités sportives)
---	------------------------------------	---

**NOM** .....

**PRENOM** .....

**DATE DE NAISSANCE** ..... **Sexe** : F  M

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL** .....

**ADRESSE** .....  
(Des deux parents si différente)

**CODE POSTAL** ..... **VILLE** .....

<b>TELEPHONES :</b>	<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
<b>DOMICILE</b> .....	.....	
<b>TRAVAIL</b> .....	.....	
<b>PORTABLE</b> .....	.....	

**N° DE SECURITE SOCIAL** .....

REGIME GENERAL  AUTRE (préciser)

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET DOMMAGES CORPORELS**

**NOM DE L'ASSUREUR** .....

**N° DE POLICE** .....

**VACCINATIONS**

- TETRA COQ POLIO ..... DERNIER RAPPEL : .....
- BCG ..... DERNIER RAPPEL : .....
- R.O.R ..... DERNIER RAPPEL : .....
- AUTRES VACCINS ..... DERNIER RAPPEL : .....  
(Préciser)

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
RUBEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTITES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nom et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

**Allergies** : Asthme                      Oui  Non                       Médicamenteuses Oui  Non   
                  Alimentaires :    Oui  Non                       Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :  
.....  
.....

***(Sans original d'ordonnance, aucun médicament ne peut être donné à votre enfant).***

**Régime alimentaire particulier** : .....

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (maladies – accidents – opérations)  
..... DATE .....  
..... DATE .....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : (votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires etc, précisez)  
.....  
.....  
.....

**Autorisation de prise et de publication d'image :**

***J'autorise  je n'autorise pas***   
*que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités organisées par le centre socioculturel. Et prend note que la publication ne donne pas droit à une rémunération.*

**L'ENFANT PEUT – IL RENTRE SEUL APRES L'ACTIVITE :**

- OUI**
- NON**, dans ce cas indiquez les coordonnées des personnes majeures autorisées à venir le chercher :

NOM	PRENOM	TELEPHONE	VILLE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures (médicales – hospitalisation - intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

**Fait à ..... le .....**

**SIGNATURE**