



# Fiche de renseignements Autorisation parentale

## SAISON : 2020 / 2021

### Renseignements concernant l'enfant inscrit

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  M  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

Situation de handicap : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap ?  Oui  Non

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

Régime :  CAF  MSA  AUTRES **Numéro d'allocataire** auquel est rattaché l'enfant : .....

Nom de l'allocataire si différent de l'enfant : ..... Quotient familial : ..... Tranche : .....

### Renseignements sur les responsables légaux

père  mère  autre :

M. / Mme : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

☎ (dom.) : ..... ☎ (pro.) : .....

☎ (portable) : .....

Email : .....

père  mère  autre :

M. / Mme : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

☎ (dom.) : ..... ☎ (pro.) : .....

☎ (portable) : .....

Email : .....

#### Personne à contacter en cas d'URGENCE :

Nom : .....

Prénom : .....

☎ : .....

Lien de parenté : .....

J'autorise le directeur ou la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence. En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées. En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant

### Activités pratiquées au Cercle Paul Bert

#### **ALSH :**

Mercredi matin  Mercredi Après-midi

Vacances

#### **Accompagnement à la scolarité :**

Lundi  Mardi  Jeudi

#### **Activité(s) Sportive(s) / Socioculturelle(s) :**

Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....

Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....

Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....

Activité : ..... Jour : ..... Heure : .....

Date du certificat médical : ..... / ..... / .....

Déjà inscrit au Cercle Paul Bert pour la saison 20-21: Activité / Section : .....

### Transfert de garde

Le règlement intérieur indique que le transfert de garde s'opère par une responsabilité transmise aux animateurs. Je soussigné (e) ..... déclare avoir pris connaissance de ce règlement (modalité de prise en charge) et certifie être informé(e) que la signature de ce document m'engage à prévenir l'animateur ou le secrétariat du Cercle Paul Bert en cas d'absence de mon enfant ou de départ anticipé.

J'autorise la prise en charge de mon enfant par les animateurs de l'Accueil de Loisirs à la sortie de l'école :

Villeneuve

Saint Joseph

Colombier

Pédibus :

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

### Autorisations de prise en charge à l'arrivée et à la sortie du Cercle Paul Bert

J'autorise mon enfant → à arriver seul :  oui  non

→ à partir seul :  oui  non

**Si oui :** heure d'arrivée : ..... heure de départ : .....

de l'Accueil de Loisirs ou du lieu de l'activité. Je déclare ainsi que mon enfant ne sera plus sous la responsabilité du Cercle Paul Bert à partir de l'heure indiquée.

Je n'autorise pas mon enfant à arriver ou partir seul et je le prends en charge à la sortie de l'Accueil de loisirs ou à la fin de son activité.

Si les tuteurs ne peuvent se déplacer ou en cas d'urgence, j'autorise les personnes ci-dessous à prendre en charge mon enfant :

Nom – prénom : ..... Téléphone : .....

Nom – prénom : ..... Téléphone : .....

Nom – prénom : ..... Téléphone : .....

**En cas de modification des conditions d'arrivée ou de départ ou d'exception à cette autorisation légale, je m'engage à donner par écrit les nouvelles modalités de prise en charge.**

### Autorisation droit à l'image

J'autorise, sans réserve ni restriction aucune, l'association Cercle Paul Bert, à reproduire et à diffuser toutes images de mon enfant photographiées et/ou filmées pour présenter les projets des enfants ou du Cercle Paul Bert par une communication au public sur tous supports, y compris par voie d'édition de produits multimédias, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés  oui  non

### Activités sportives de l'Accueil de Loisirs / baignade

J'autorise mon enfant à participer aux activités - sportives de l'Accueil de Loisirs  oui  non

- piscine ou bain surveillé  oui  non

### Assurance responsabilité civile de l'enfant

Je reconnais avoir intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle pour mon enfant.

**Je soussigné(e), ..... en tant que  mère,  père,  tuteur légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

**DATE : .... / .... / .....** **SIGNATURE :**

### Pièces fournies :

Fiche de renseignements remplie, datée et signée

Photo d'identité pour toute nouvelle inscription

Pour toute inscription à l'Accueil de loisirs y compris au Pédibus : fiche sanitaire de liaison, copie du carnet de vaccination, et justificatif récent de la Caf (ou MSA) indiquant votre quotient familial (à renouveler en cours d'année en cas de changement) **SANS JUSTIFICATIF, LA TARIFICATION LA PLUS ELEVEE SERA APPLIQUEE**

Certificat médical pour toute première inscription à une activité sportive : Baby sport, Eveil Basket, Danse (valable 3 ans en cas de renouvellement)

Règlement de l'adhésion au Cercle Paul Bert et de la cotisation correspondant à l'activité

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE ! Merci de votre compréhension**



**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES oui  non   
MEDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  
oui  non

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

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

### 4. RESPONSABLE DU MINEUR

**NOM** ..... **PRENOM** .....

**ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)**  
.....  
.....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** .....

**TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :  
.....  
.....  
**OBSERVATIONS :**  
.....  
.....  
.....  
.....