



Fiche de renseignements Autorisation parentale

Photo d'identité
(facultatif)

SAISON : 2023 / 2024

Renseignements concernant l'enfant

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 :

Personne à contacter en cas d'URGENCE :

Nom :
Prénom :
☎ :
Lien de parenté :

père mère autre :
M. / Mme :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
☎ (dom.) : ☎ (pro.) :
☎ (portable) :
Email :

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 :

Déjà inscrit au Cercle Paul Bert pour la saison **2023-2024** : 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 (facultatif)

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**

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

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ !

Merci de votre compréhension



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION
SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS



Ille & Vilaine

LE DEPARTEMENT

Pôle égalité éducation citoyenneté
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON

Document confidentiel

SAISON 2023-2024

NOM DU MINEUR : /_/

PRENOM : /_/

DATE DE NAISSANCE : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ **SEXE :** M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)
- joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES *	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)				Tuberculose (BCG)	
Coqueluche (obligatoire si né après 01/2018)				Covid 19e	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B. (obligatoire si né après 01/2018).				Papillomavirus humains (HPV)	
Hépatite B (obligatoire si né après 01/2018)				Hépatite A	
Infections invasives à pneumocoque (obligatoire si né après 01/2018).				Gastro-entérite du nourrisson à rotavirus	
Méningocoque de sérotype C (obligatoire si né après 01/2018).				Infections à méningocoque B	
Rougeole, oreillons et rubéole (obligatoire si né après 01/2018).				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :
(informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE

.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné (e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les enseignements 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

OBSERVATIONS :

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