

Si besoin, concerne tous les groupes CPB Bloisne sauf ALSH Passerelle Jeunesse

Activité :

Groupe ou Jour/heure :

NOM :
adhérent

Prénom :
adhérent

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

- Téléphones : Nom : :/...../...../...../.....
Nom : :/...../...../...../.....
Nom : :/...../...../...../.....
- Adresse mail (**en majuscules**) :

**Pour le bon déroulement de l'activité,
l'inscription de l'adhérent l'engage
à une PRESENCE REGULIERE SUR TOUTE LA SAISON.**

Je soussigné(e), M. ou Mme
responsable légal de l'enfant :

----- **Autorisation parentale** -----
Toute modification devra être notifiée par écrit

- Autorise mon enfant à participer à l'activité proposée par le CPB Bloisne
- Autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'activité durant toute la saison :
OUI
NON → personne(s) venant le chercher :
- Autorise le Cercle Paul Bert à reproduire la photographie et la vidéo de mon enfant dans le cadre des activités du Cercle Paul Bert Bloisne : OUI NON
- Autorise le directeur ou l'animateur à prendre toutes dispositions en cas d'urgence.

----- **Transfert de garde** -----

- Déclare avoir pris connaissance des horaires et fonctionnement de l'activité, notamment en ce qui concerne le transfert de garde. Celui-ci s'opère dans nos locaux par une responsabilité transmise à l'animateur par le responsable légal pour les enfants présents à l'activité. Il est important de noter qu'en dehors des horaires de l'activité, l'enfant est sous la responsabilité des parents. Il est impératif que les parents s'assurent de l'entrée de leur enfant dans les salles et de la présence effective du professeur.

le(jour) de(heure début) à(heure fin).



----- **Fiche Sanitaire de Liaison (extrait)** -----
pour les adhérents mineurs



Direction Régionale et Départementale
Jeunesse et Sports Bretagne Ile et Vilaine

Pôle Action Sociale

1 - 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/ou des **éventuels soins à apporter** ? OUI NON

.....
.....

2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

3- 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 :/...../.....	Signature du responsable légal :
---------------------------------	---