

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence du mineur (Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).

Renseignement concernant l'enfant

Poids : **Taille :** (Informations nécessaires en cas d'urgence)

- **Vaccinations à jour :** Vous pouvez joindre à ce document la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. (* vaccin obligatoire)

Diphtéries *	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Tétanos *	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Haemophilus	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Poliomyélite *	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Rubéole/oreillons/Rougeole	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
BCG	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

- **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) car aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- **Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter (comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, asthme +, ...) : informations sous pli cacheté, merci.
 Oui Non

- **Allergies :** Alimentaires Oui Non
Médicamenteuses 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.

- **Port de** lunettes ou de lentilles d'appareils dentaires d'appareils auditifs

- **Régime Alimentaire dû à son état de santé, sa culture, sa religion, son choix :**

Numéro de la sécurité sociale :

Autorisation parentale

Je, soussigné (e), autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur. Oui Non

Fait à Le

Merci d'indiquer « lu et approuvé - bon pour accord »
Signature du ou des tuteurs légaux :



Fiche de renseignements Autorisation parentale

SAISON : 2021 / 2022

Photo d'identité

- Adhésion réglée€
- Usager
- Tranche :
- Enfance
- Jeunesse

Renseignements concernant l'enfant inscrit

Nom : Prénom :
Sexe : M F Date de naissance :/...../..... Lieu 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 :
Autres activités au Cercle Paul Bert : Quotient familial :
Régime : CAF MSA AUTRES **Numéro d'allocataire** auquel est rattaché l'enfant :
Nom de l'allocataire si différent de l'enfant :

Renseignements sur les responsables légaux

<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre : M. / Mme : Adresse (si différente de celle de l'enfant) : ☎ (dom.): ☎ (pro.): ☎ (portable) : Email : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> 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 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. Tournez la page S.V.P

Cadre réservé à l'équipe

Activités pratiquées au CPB : ALSH : <input type="checkbox"/> Mercredi matin <input type="checkbox"/> Mercredi Après-midi <input type="checkbox"/> Mercredi journée <input type="checkbox"/> Pédibus midi <input type="checkbox"/> Accueil exceptionnel <input type="checkbox"/> Samedi	Accompagnement à la scolarité : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi Vacances : <input type="checkbox"/> Automne <input type="checkbox"/> Hiver <input type="checkbox"/> Printemps <input type="checkbox"/> Été ALSH <input type="checkbox"/> Été séjour
.....

Transfert de garde

- Accueils de loisirs enfance :** 6-11 ans
Accueils de loisirs jeunesse : 11-16 ans
Pédibus : mercredi 12h lundi 16h15 mardi 16h15 jeudi 16h15
Accompagnement à la scolarité : lundi soir mardi soir jeudi soir

Les règlements intérieurs de l'Accueil de Loisirs et de l'accompagnement scolaire indiquent que le transfert de garde s'opère par une responsabilité transmise aux animateurs (lieux à préciser) :

- Cercle Paul Bert Cleunay, 2 bd de la Guérinais → Mercredi et les vacances scolaires → De 8h30 à 18h30
→ Accompagnement scolaire, 10 allée Marion du Fauët → Lundi et Jeudi → De 16h15 à 18h30
→ Accompagnement scolaire, 2 bd de la Guérinais → Mardi et jeudi → De 16h15 à 18h30

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'Accueil de Loisirs et l'accompagnement scolaire du Cercle Paul Bert en cas d'absence de mon enfant ou d'un départ anticipé.

Autorisations de prise en charge à l'arrivée et à la sortie des Accueil de loisirs et Accompagnement Scolaire

Accueils de loisirs enfance et jeunesse: 6-16 ans

J'autorise mon enfant → à arriver seul le : lundi à ...h... Mardi à ...h...
 Mercredi à ...h... Jeudi à ...h... Vendredi à ...h...
→ à partir seul le : lundi à ...h... Mardi à ...h...
 Mercredi à ...h... Jeudi à ...h... Vendredi à ...h...

de l'Accueil de Loisirs ou du lieu de l'activité. Je déclare ainsi que mon enfant ne sera plus sous la responsabilité de l'accueil de loisirs 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.
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 d'exception à cette autorisation légale, je m'engage à donner par écrit les nouvelles modalités de prise en charge.

Activité en dehors de l'Accueil de Loisirs :
Le mercredi, mon enfant pratique la/les activité(s) suivante(s) :

Activité : Lieu : Horaires :
Activité : Lieu : Horaires :
Activité : Lieu : Horaires :

Fait à Le
Signature précédée de la mention « bon pour accord » :

Autorisations droit à l'image

Autorise, sans réserve ni restriction aucune, l'association Cercle Paul Bert, Amicale laïque de Rennes affiliée à la Ligue Française de l'Enseignement et de l'Education Permanente, N° SIRET : 777 746 702 000 11, APE : 9312Z, Licences 1-2-3 en cours de renouvellement, dont le siège social est situé au 30 bis Rue de Paris, BP 60401, 35704 Rennes cedex 7, à reproduire et à diffuser toutes images de mon enfant photographiées et/ou filmées pour 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.
En conséquence, je cède à l'association Cercle Paul Bert, tous droits d'adaptation, de représentation et de reproduction se rapportant à l'utilisation de son image, de sa voix et de son nom, de façon dissociée ou non, dans le cadre de la réalisation de photographies et/ou de vidéos destinées à être diffusées dans un cadre non commercial, des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître.
Je reconnais donner à l'association la présente autorisation et accorder la cession des droits ci-dessus exposés, à titre gracieux.

N'autorise pas à reproduire ou diffuser toutes images de mon enfant.

Assurance responsabilité civile de l'enfant :

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

Prestations familiales (à remplir obligatoirement)

Merci de joindre un justificatif récent de la CAF (ou MSA) indiquant vote quotient familial et vos aides vacances (séjours) ou d'autoriser la secrétaire à accéder à votre dossier CAF, grâce à un accès sécurisé professionnel et restreint (nom, prénom, composition de la famille, quotient familial, droits VACAF).

En cas de non justificatif ou d'autorisation, nous serons dans l'obligation d'appliquer la tarification la plus élevée.

Document transmis : Oui Non

Nous autorisez-vous l'accès aux services de la CAF (pour obtenir votre Quotient familial et ou vos droits vacances) ? Oui Non

Fait à Le

Signature : « bon pour accord »

Autorisation parentale

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.

Fait à Le

Signature :