

# (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).

## Renseignements concernant l'enfant

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES nécessaires en cas d'urgence :** Poids : ..... Taille : .....

**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 / lentilles  d'appareils dentaires  d'appareils auditifs

**Régime Alimentaire :**

.....

## 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

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.

Fait à .....

Le .....

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

Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter : 02 23 46 10 40



# Fiche de renseignements Autorisation parentale SAISON 2021 / 2022

Adhésion réglée .....€

Usager

Tranche : .....

Photo d'identité  
OBLIGATOIRE

SCOTCH  
UNIQUEMENT

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Genre :  M  F Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

**Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH ou d'un PAI lié au handicap ?**  Non  Oui (Si oui, merci de se rapprocher de l'équipe d'animation)

Adresse : .....

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

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

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 : .....

## LES RESPONSABLES LEGAUX

Père  Mère  Autre :

M. / Mme : .....

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

.....

☎ (Dom.) : ..... ☎ (Pro.) : .....

☎ (Portable) : .....

**Email @ (En majuscules) :**

.....

**Souhaitez-vous recevoir les factures (enfance/ passerelle) par mail ?**

Oui  Non \* Les factures seront envoyées par courrier.

Père  Mère  Autre :

M. / Mme : .....

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

.....

☎ (Dom.) : ..... ☎ (Pro.) : .....

☎ (Portable) : .....

**Email @ (En majuscules) :**

.....

**Autre personne à contacter en cas d'URGENCE :**

Nom : .....

Prénom : .....

☎ : .....

Lien de parenté : .....

.....

**Téléphone du mineur pour les + de 12 ans (non obligatoire)**

.....

SMS : infos, sorties, rappel de rendez-vous, etc.

Paraphe

### 5-12 ans Accueil de loisirs Enfance

**Mercredi** (8h30/18h30)  **Pédibus\***  **Vacances** (8h30/18h30)

**Inscription automatique :**  Matin  Midi  Après-midi

**Inscription occasionnelle :**  Matin  Midi  Après-midi

J'autorise mon enfant  A arriver seul à ....h....  A partir seul à ....h....

Mercredi  Vacances

Je n'autorise pas mon enfant à arriver et partir seul

\* **Mention obligatoire à cocher pour les déplacements (Ecole > Noroit / Renée Prévert > Noroit) + sorties**

### 11-17 ans Accueil de loisirs / Espace Jeunes

J'autorise mon enfant le/ les (cochez les jours) :

**Mercredi** (14h/18h30)  A arriver seul  A partir seul à partir de ....h....

**Vendredi** (16h30/19h)  A arriver seul  A partir seul à partir de ....h....

**Samedis** (14h/17h)  A arriver seul  A partir seul à partir de ....h....

**Vacances** (8h45/18h30)  A arriver seul  A partir seul à partir de ....h....

Je n'autorise pas mon enfant à arriver et à partir seul

### Activités Sportives CPB Nord-Ouest

Mon enfant pratique l'activité suivante au CPB Nord-Ouest :  **football**  **handball** Horaires : ..... - .....

J'autorise mon enfant à participer au pédibus du CPB NO vers son activité. **(ENFANCE UNIQUEMENT)**

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs vers son activité. **(JEUNESSE UNIQUEMENT)**

Mon enfant pratique une activité à l'extérieur du CPB Nord-Ouest : .....Horaires : .....

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs vers son activité :  Oui  Non

### Accompagnement à la scolarité (16h15-18h30)

Périodes scolaires Jeunesse :  **Mardi soir**  **Jeudi soir**

**Pour les primaires, inscription définitive après l'accord de l'équipe d'animation**

J'autorise mon enfant à participer au pédibus à 16h15 (Ecole Moulin Du Comte > CPB NO) (PRIMAIRE)

J'autorise mon enfant  A arriver seul à .....h.....  A partir seul à .....h.....

Je n'autorise pas mon enfant  A arriver seul  A partir seul

### Transfert de garde

Le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs indique que le transfert de garde s'opère par une responsabilité transmise aux animateurs au Cercle Paul Bert Nord-Ouest, 28 rue Charles Géniaux, 35000 RENNES.

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 le Cercle Paul Bert Nord-Ouest en cas d'absence de mon enfant.

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.**

Paraphe

### 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 (A 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

### Informations complémentaires

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

### Règlement intérieur

Je soussigné(e)..... avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-joint.

Paraphe