

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

Photo d'identité
OBLIGATOIRE

SCOTCH
UNIQUEMENT

Adhésion réglée€ Usager Tranche :

L'ENFANT

Nom : Prénom :

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

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH 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 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 àh.... A partir seul àh....

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

Mercredi (13h30/18h30) **Vendredi** (16h30/19h) **Samedis** (14h/17h)

Vacances (8h30/18h30) **Pédibus**

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

Je n'autorise pas mon enfant à arriver et 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 scolaire (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 àh..... A partir seul àh.....

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 ou d'un départ anticipé.

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