

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.....

**J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur.
Merci d'indiquer « lu et approuvé - Bon pour accord »
Signature du ou des tuteurs légaux :**

Pour toutes informations

complémentaires,
contactez-nous au :
02 23 46 10 40



Accueil de loisirs 11-17 ans Fiche de renseignements Autorisation parentale Jeunesse SAISON 2022 / 2023

Photo d'identité
OBLIGATOIRE

SCOTCH
UNIQUEMENT

Adhésion réglée€ Usager Tranche :

LE JEUNE

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 :

☎ (Dom.) : ☎ (Port.) :

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.) : ☎ (Port.) :

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. :
.....

Ouverture Espace Jeunes

Présence de mon enfant le/ les (cochez les jours) :

Mercredi 14h/18h30 **Vendredi** 16h30/19h **Samedi** 14h/17h **Vacances** 9h30/18h30

1> Accueil 2> Activités 3> Goûter collectif 4> Accompagnement de projet et jeux de cohésion

J'autorise mon enfant le/ les (cochez les jours) : 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 quitter seul l'accueil de loisirs vers son activité.

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 Temps personnel (16h15-18h30)

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

J'autorise mon enfant A arriver seul àh..... A partir seul àh.....

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

Autorisations Droits 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

Fonctionnement

Cotisation annuelle de 3,50€. Sortie payante selon le Quotient Familial.

L'accueil de loisirs décline toutes responsabilités en cas de perte, de vol ou de détérioration de bien(s) appartenant aux jeunes.

En dehors des heures d'ouverture et des temps de présences, les jeunes sont sous la responsabilité de leur famille. Hors événements exceptionnels sur inscriptions d'un responsable légal (soirée jeunesse, sortie, ...)

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

Transfert de garde

Le règlement intérieur indique que le transfert de garde s'opère par une responsabilité transmise aux animateurs au Cercle Paul Bert Nord-Ouest.

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 : _____

En cas d'exception à cette autorisation légale, je m'engage à donner par écrit les nouvelles modalités de prise en charge.