



Accueil de loisirs 11-17 ans

Fiche de renseignements

Autorisation parentale Jeunesse

SAISON 2023 / 2024

Photo d'identité
OBLIGATOIRE

SCOTCH
UNIQUEMENT

AS ACM à remplir par l'équipe d'animation Cotisation réglée Tranche :

LE JEUNE	RESPONSABLES LEGAUX
Nom : Prénom : Genre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :/...../..... Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH ou d'un PAI lié au handicap ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, merci de se rapprocher de l'équipe d'animation) Adresse : Code postal : Ville : Ecole fréquentée : Classe : Activités au Cercle Paul Bert : Email @ (En majuscule) : Vous recevrez toutes les informations relatives aux permanences d'inscription et événements proposés par le CPB. Téléphone (utilisation exceptionnelle) SMS infos, rappel de rendez-vous : ☎.....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre M. / Mme : Adresse (si différente de celle de l'enfant) : ☎ : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre M. / Mme : Adresse (si différente de celle de l'enfant) : ☎ : Autre personne à contacter en cas d'URGENCE : Nom : Prénom : ☎ : Lien de parenté : Régime : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES Numéro d'allocataire : Cotisation annuelle de 3,50€. Sortie payante selon le Quotient Familial

OUVERTURE ESPACE JEUNES

Présence de mon enfant autorisé le/ les (cochez les jours) :
 Mercredi 14h/18h30 **Vendredi** 16h30/19h – Soirées 19h/22h **Vacances** 9h30/18h30 (sauf sorties, soirées)

J'autorise mon enfant le/ les (cochez les jours) : à arriver seul à partir seul à partir de ...h...
 Je n'autorise pas mon enfant à arriver et à partir seul

ACTIVITES 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 A LA SCOLARITE (16h15-18h30) -GRATUIT

Périodes scolaires Jeunesse pour les collégiens : **Mardi soir** **Jeudi soir**

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

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

AUTORISATION TRANSFERT DE GARDE

Votre enfant sera sous la responsabilité des animateurs du Cercle Paul Bert Nord-Ouest durant son temps de présence à l'accueil de loisirs et sur les heures d'ouverture de ce dernier (8h30/18h30).

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 le Cercle Paul Bert Nord-Ouest en cas d'absence de mon enfant ou d'un départ anticipé, les jours où il est inscrit.**

Si les responsables légaux ne peuvent pas 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 : _____

DROIT A 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.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)....., autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes les 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 » Signature du ou des tuteurs légaux :

FICHE 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).

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.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Cochez les vaccins à jour** :

Diphtéries	Coqueluche	Tétanos	Poliomyélite	Haemophilus	Rubéole Oreillons/Rougeole	BCG	Hépatite B	Pneumocoque

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.**

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier ? Oui Non Si oui, merci de transmettre les 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.**

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 Appareils dentaires Appareils auditifs

Régime Alimentaire : Oui Non Sans viandes Autres :