



Fiche de renseignements Autorisation parentale

SAISON : 2024 / 2025

Renseignements concernant l'enfant

Nom : **Prénom** :
Sexe : M F Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Situation de handicap : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH ou d'un PAI lié au handicap ? Oui Non
Adresse :
Code postal : Ville :

Renseignements obligatoires pour toute inscription à l'Accueil de loisirs et au Pédibus

Ecole fréquentée : Classe :
Régime : CAF MSA AUTRES **Numéro d'allocataire** auquel est rattaché l'enfant :
Nom de l'allocataire si différent de l'enfant : Quotient familial : Tranche :

Responsables légaux

père mère 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 :

père mère autre :
M. / Mme :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....
☎ (dom.) : ☎ (pro.) :
☎ (portable) :
Email :

J'autorise le directeur ou la directrice 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 consultés pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant

Activités pratiquées au Cercle Paul Bert

ALSH :

- Mercredi matin
 Mercredi après-midi
 Vacances

Accompagnement à la scolarité :

- Lundi Mardi Jeudi

Pédibus

Activité(s) Sportive(s) / Socioculturelle(s) :

Activité : Jour : Heure :
Activité : Jour : Heure :
Activité : Jour : Heure :

Déjà inscrit au Cercle Paul Bert pour la saison **2024-2025** : Activité / Section :

Transfert de garde

Le règlement intérieur indique que le transfert de garde s'opère par une responsabilité transmise aux animateurs. 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'animateur ou le secrétariat du Cercle Paul Bert en cas d'absence de mon enfant ou de départ anticipé.

J'autorise la prise en charge de mon enfant par les animateurs de l'Accueil de Loisirs à la sortie de l'école :

Villeneuve

Saint Joseph

Colombier

Pédibus :

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

Autorisations de prise en charge à l'arrivée et à la sortie du Cercle Paul Bert

J'autorise mon enfant → à arriver seul : oui non

→ à partir seul : oui non

Si oui : heure d'arrivée : heure de départ :

de l'Accueil de Loisirs ou du lieu de l'activité. Je déclare ainsi que mon enfant ne sera plus sous la responsabilité du Cercle Paul Bert 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 fin de l'Accueil de loisirs ou de son activité. **Il est impératif que la personne responsable de l'enfant s'assure de son entrée dans la salle d'activité et de la présence effective de l'animateur. La responsabilité du Cercle Paul Bert est engagée uniquement à partir du début de l'activité proposée et jusqu'à la fin de celle-ci**

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 de modification des conditions d'arrivée ou de départ ou d'exception à cette autorisation légale, je m'engage à donner par écrit les nouvelles modalités de prise en charge.

Autorisation droit à l'image

J'autorise, sans réserve ni restriction aucune, l'association Cercle Paul Bert, à reproduire et à diffuser toutes images de mon enfant photographiées et/ou filmées pour présenter les projets des enfants ou du Cercle Paul Bert par 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 oui non

Activités sportives (Danse, Eveil Basket et Baby Sport)

J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du Questionnaire de santé oui non

En cas de réponse positive à une ou plusieurs questions : certificat médical obligatoire

Assurance responsabilité civile de l'enfant

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

J'accepte de recevoir des informations sur l'actualité de mon activité et le Cercle Paul Bert : oui non

J'accepte que le Cercle Paul Bert me communique des informations et offres de ses partenaires oui non

J'ai lu et j'adhère au règlement intérieur du Cercle Paul Bert

J'accepte l'utilisation de mes données personnelles à des fins de validation et de suivi de mon adhésion

Le caractère obligatoire de ce champ est ignoré du fait de votre droit contribution sur le module adhérent

Je soussigné(e), mère, père, tuteur légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

DATE : / / **SIGNATURE :**

Pièces fournies :

Fiche de renseignements remplie, datée et signée

Pour toute inscription à l'Accueil de loisirs y compris au Pédibus : fiche sanitaire de liaison, copie du carnet de vaccination, et justificatif récent de la Caf (ou MSA) indiquant votre quotient familial (à renouveler en cours d'année en cas de changement) **SANS JUSTIFICATIF, LA TARIFICATION LA PLUS ELEVEE SERA APPLIQUEE**

Certificat médical en cas de réponse positive au Questionnaire de Santé

Règlement de l'adhésion au Cercle Paul Bert et de la cotisation correspondant à l'activité

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ !

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES 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**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE

.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné (e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les enseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

OBSERVATIONS :

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