



Fiche de renseignements Autorisation parentale

SAISON : 2026 / 2027

Renseignements concernant l'enfant

Nom : **Prénom :**

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ Non binaire Date de naissance : / / Lieu de naissance :

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 : T.....

Situation de handicap : Votre enfant est-il bénéficiaire de l'**AEEH** : ☐ Oui ☐ Non ou d'un **PAI** : ☐ Oui ☐ Non

Responsables légaux

☐ père ☐ mère ☐ autre :

M. / Mme :

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

☎ : ☎ :

Email :

☐ père ☐ mère ☐ autre :

M. / Mme :

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

☎ : ☎ :

Email :

Personne à contacter en cas d'URGENCE :

Nom :

Prénom :

☎ :

Lien de parenté :

☐ J'autorise le directeur / la directrice à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence

En cas d'accident, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les parents ou les personnes indiquées 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 (préciser transfert de garde au dos) ☐

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

Activité : Jour : Heure :

Activité : Jour : Heure :

Activité : Jour : Heure :

☐ Déjà inscrit au Cercle Paul Bert pour la saison **2026-2027** : 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 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 du Cercle Paul Bert 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 partir seul de l'Accueil de Loisirs ou de l'activité : ☐ oui ☐ non

Si oui : heure de départ :

Je déclare ainsi que mon enfant ne sera plus sous la responsabilité du Cercle Paul Bert à partir de l'heure indiquée.

Si non : si les tuteurs légaux 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 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

Dans le cadre de nos activités, des photographies ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue de présenter et promouvoir les projets des enfants ou du Cercle Paul Bert.

J'autorise l'association : - à prendre mon enfant en photo ou en vidéo

☐ oui ☐ non

- à diffuser ces images : - à l'interne du Cercle Paul Bert Ginguéné :

☐ oui ☐ non

- sur le site du Cercle Paul Bert :

☐ oui ☐ non

- sur les réseaux sociaux :

☐ 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 souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle pour mon enfant.

J'accepte que le CPB transmette mes données personnelles à ses partenaires commerciaux dans le cadre d'offres spéciales, événements partenaires, etc. Je suis informé(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment en contactant l'association via mon Groupe, ma Section ou le Siège :

☐ oui ☐ non

J'accepte de recevoir des informations sur l'actualité de mon activité et du 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 Ginguéné

☐ J'accepte l'utilisation de mes données personnelles aux fins de gestion de mon adhésion, de mes activités et des communications associées. Je suis informé(e) que mes données personnelles anonymisées peuvent contribuer à des études statistiques pour les besoins du CPB, de partenaires institutionnelles du CPB (ex. : études sur l'utilisation des équipements, etc.), ainsi qu'à des organismes publics pour des projets de recherches scientifiques (sport, santé, etc.).

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**

☐ Pour les activités sportives : 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 !

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
SAISON 2026-2027

NOM DU MINEUR : /

PRENOM : /

DATE DE NAISSANCE : / / / / / / / / / **SEXE :** ☐ M ☐ F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)
- joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES *	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)				Tuberculose (BCG)	
Coqueluche (obligatoire si né après 01/2018)				Covid 19e	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B. (obligatoire si né après 01/2018).				Papillomavirus humains (HPV)	
Hépatite B (obligatoire si né après 01/2018)				Hépatite A	
Infections invasives à pneumocoque (obligatoire si né après 01/2018).				Gastro-entérite du nourrisson à rotavirus	
Méningocoque de séro groupe C (obligatoire si né après 01/2018).				Infections à méningocoque B	
Rougeole, oreillons et rubéole (obligatoire si né après 01/2018).				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :
(informations nécessaires en cas d'urgence)

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.

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 1 : **TEL. 2 :**

TEL 3 :

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 :

.....

.....

.....

.....

.....