



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 3-12
ans MERCREDIS ET VACANCES 2024



Enfant :

NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../..... Classe :
Scolarisé à :
Nom de l'Assurance scolaire / extrascolaire :
N° du contrat d'assurance :

Responsables légaux :

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
@ :
① Portable :
① Professionnel :
N° Allocataire CAF :

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
@ :
① Portable :
① Professionnel :
N° Allocataire CAF :

Nom à faire apparaître sur la facture :

Certificat Médical

Je soussigné(e), Dr certifie que
est apte à la pratique d'activités physiques et sportives proposées au sein du centre de loisirs CAP'Tivan
et de l'association CAP'Sport (activités ludo-sportive, initiatique ; sport de balles / baby sport)

Contre-indications :

Signature & tampon du médecin :

Certificat établi le / / 2024

à



AUTORISATIONS PARENTALES



Je soussigné M ou Mme autorise..... à
participer aux dispositifs de l'accueil collectif de mineurs CAP' TIVAN mis en place par
l'association **CAP'SPORT**, qui se déroulera tout au long de l'année 2024.

En outre, j'autorise les responsables du projet à prendre toutes les mesures d'urgences concernant mon
enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë.

Signature (mention lu et approuvé)

Fait à
le / / 2024

****Cocher les cases de votre choix**

Comment rentre mon enfant ? **

- ☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires délivrés par le dispositif concerné.
☐ Accompagné par ses responsables légaux ou les personnes ci-dessous :

Mr ou Mme.....Qualité :.....Tel :.....

Mr ou Mme.....Qualité :.....Tel :.....

Droit à l'image : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs à utiliser les photos prises de mon enfant pour alimenter les différents
médias qu'utilise l'association.
☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à utiliser l'image de mon enfant.

Déplacements : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties par le biais, soit des
transports en commun, soit d'un véhicule de l'association CAP'Sport, soit d'un véhicule d'un salarié.
☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties.

Informations personnelles : **

- ☐ J'autorise le centre de loisirs de consulter mon quotient familial sur le compte partenaire CAF.
☐ Je n'autorise pas le centre de loisirs à consulter mon quotient familial sur le compte partenaires CAF.
☐ J'autorise CAP'Tivan à m'envoyer des offres de loisirs par mail.

Règlement intérieur : **

- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les clauses.

**← Pour remplir les conditions sanitaires de l'obtention de la Licence UFOLEP, vous pouvez soit attester
de la bonne santé de votre enfant, soit le soumettre à une visite médicale :**

- ☐ J'atteste que mon enfant a répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.
☐ J'opte pour la visite médicale ci-dessous (ou un certificat médical annexe) :

Pour être complet, votre dossier doit être constitué de :

- ☐ L'adhésion annuelle de 15€ (valable du 1^{er} janvier au 31 décembre)
☐ La fiche de renseignement enfant – Mercredis et vacances 2024
☐ La fiche sanitaire de liaison (à retirer auprès du centre ou à télécharger sur le site)
☐ Une photocopie du carnet de vaccinations
☐ L'attestation CAF ou le n° allocataire à remplir ci-dessus.
☐ Feuille d'adhésion UFOLEP