



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
ENFANTS 3-15 ans  
MERCREDIS ET VACANCES 2021**



**AUTORISATIONS PARENTALES**



**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 : .....
@ : .....
<input type="radio"/> Portable : .....
<input type="radio"/> Professionnel : .....
N° Allocataire CAF : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
@ : .....
<input type="radio"/> Portable : .....
<input type="radio"/> Professionnel : .....
N° Allocataire CAF : .....
Nom à faire apparaître sur la facture : .....

**Pour être complet, votre dossier doit être constitué de :**

- L'adhésion annuelle de 7€ (valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)
- La fiche de renseignement enfant – Mercredis et vacances 2021
- La fiche sanitaire de liaison (à retirer auprès du centre)
- Une photocopie du carnet de vaccinations.
- L'attestation CAF ou le n° allocataire à remplir ci-dessus.

Je soussigné M ou Mme .....  
 responsable de l'enfant.....  
 l'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 2021.  
 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 aigu.

**\*\*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 : .....

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

**ATTENTION : les parents qui n'autorisent pas leur(s) enfant(s) à rentrer seul devront venir impérativement le(s) récupérer à l'accueil de loisirs. Pour sa sécurité, aucun enfant ne se pourra se rendre seul à la grille.**

**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, à partir de mon n° allocataire CAF, de consulter depuis le site [www.cafpro.fr](http://www.cafpro.fr) mon quotient familial.
- Je n'autorise pas le centre de loisirs à consulter mes données personnelles.
- J'autorise CAP'Tivan à m'envoyer des offres de loisirs par mail.

**Règlement intérieur : \*\***

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

Fait à ..... le ..... / ..... / 2021 Signature (Précédée de la mention lu et approuvé)

CERFA N° 85-0233

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS  
*(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS		___/___/___
			___/___/___

  

1 <sup>er</sup> VACCIN	ANTIVARIOLIQUE		DATES
	DATES	VACCIN	
___/___/___	___/___/___		___/___/___
REVACCINATION	1 <sup>er</sup> RAPPEL		___/___/___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....  
 .....  
 .....  
 N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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