



**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="checkbox"/> Portable : <input type="checkbox"/> Professionnel : N° Allocataire CAF :
Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : @ : <input type="checkbox"/> Portable : <input type="checkbox"/> 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^{er} 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 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	___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

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"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	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.

DATE : Signature :

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)

.....

.....

.....