

ACM Secteur enfance (3-12 ans) : 02.98.99.38.70 / 07.82.76.44.21 [alsh.claj@gmail.com](mailto:alsh.claj@gmail.com)

ACM Secteur jeunesse (8-12 /13-17 ans) : 02.98.93.18.77 / 06.46.04.48.52 [claj.animationjeunesse@gmail.fr](mailto:claj.animationjeunesse@gmail.fr)

Adhésion le : \_\_\_\_\_ individuelle  familiale

Type de règlement : \_\_\_\_\_

## FICHE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ E-mail de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ n° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Portable de l'enfant : \_\_\_\_\_

## FAMILLE

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Prénoms des frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Aides : MSA  CAF  ANCV  CCAS  CE  N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Responsable légal : Père  Mère  Les deux  Tuteur/trice

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom /prénom : _____	Nom /prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
<b>Numéros de téléphone</b>	<b>Numéros de téléphone</b>
Fixe : _____	Fixe : _____
Mobile : _____	Mobile : _____
Travail : _____	Travail : _____
E-mail : _____	E-mail : _____

## AUTORISATIONS

En tant que responsable, j'autorise :	OUI	NON
mon enfant à participer aux activités proposées par les animateurs/trices		
mon enfant à partir seul après l'activité ( <i>si cas exceptionnel, les animateurs doivent être prévenus</i> )		
le CLAJ : - à réaliser des prises de vues photographiques de l'enfant dans le cadre des activités. - à utiliser et diffuser à titre gratuit ces photos, dans le cadre du droit à l'image, sur des supports non commerciaux ( <i>site internet CLAJ, plaquettes CLAJ et Poher Communauté, presse locale, diapo assemblée générale</i> )		

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE LES PARENTS)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien

--	--	--	--

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien

**VACCINATIONS**

**OBLIGATOIRE :** Certificat de vaccinations à jour du médecin traitant

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

	Oui	Non
L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?	Rubéole	
	Varicelle	
	Angine	
	Rhumatisme articulaire aigu	
	Scarlatine	
	Coqueluche	
	Otite	
	Rougeole	
Oreillons		
L'enfant suit-il un traitement médical ? si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) <b>Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.</b>		
L'enfant est-il soumis à des allergies ? Si oui, type d'allergie et conduite à tenir :		
L'enfant connaît-il des difficultés de santé (asthme, alimentaire...) ? Si oui, précautions à prendre :		
L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Commentaires :		
Recommandations utiles des parents : port de lunettes, prothèses auditives...)		

Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinés aux animateurs, au secrétariat et à la comptabilité de l'association. Vous pouvez à tout moment demander l'accès à l'ensemble de vos données personnelles ayant été collectées ainsi qu'à la fiche de registre consacrée à la gestion de ces données. En apposant votre signature en bas de ce feuillet, vous donnez votre consentement au traitement de vos données aux seuls fins pour lesquelles elles ont été collectées.**

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_**

. Autorise à se déplacer en fourgon avec les animateurs du CLAJ dans le cadre d'une activité proposée par la structure.

. Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLAJ à prendre en lien avec le corps médical, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

. Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur le site internet= et m'engage à le respecter

. Certifie avoir souscrit à une assurance en responsabilité civile au nom de mon enfant et couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.

. M'engage à régler le montant de la participation financière à la réservation

. M'engage à transmettre toute modification concernant cette fiche.

**FAIT A :** \_\_\_\_\_ **LE** ...../...../..... **SIGNATURE :** \_\_\_\_\_