

ACM Secteur enfance (3-12 ans) : 02.98.99.38.70 / 07.82.76.44.21 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

Adhésion le : _____ individuelle familiale

Type de règlement : _____

FICHE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

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 : _____ |
| Numéros de téléphone | Numéros de téléphone |
| Fixe : _____ | Fixe : _____ |
| Mobile : _____ | Mobile : _____ |
| Travail : _____ | Travail : _____ |
| E-mail : _____ | E-mail : _____ |

***nous prévenir immédiatement en cas de changement**

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>) | | |
| La facturation par mail | | |

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

| Nom | Prénom | Téléphone | Lien |
|-----|--------|-----------|------|
| | | | |
| | | | |

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE LES PARENTS)

| Nom | Prénom | Téléphone | Lien |
|-----|--------|-----------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VACCINATIONS**OBLIGATOIRE :** Certificat de vaccinations à jour du médecin traitant**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

| | | OUI | NON | | | OUI | NON |
|---|-----------------------------|-----|-----|------------|--|-----|-----|
| L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ? | Rubéole | | | Coqueluche | | | |
| | Varicelle | | | Otite | | | |
| | Angine | | | Rougeole | | | |
| | Rhumatisme articulaire aigu | | | Oreillons | | | |
| | Scarlatine | | | | | | |
| L'enfant suit-il un traitement médical ? si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance. | | | | | | | |
| L'enfant a-t-il une notification MDPH ? Si oui, a-t-il une AVS ? | | | | | | | |
| 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 À : _____ **LE**/...../..... **SIGNATURE :**