

Adhésion le : _____ individuelle familiale

FICHE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ E-mail de l'enfant: _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Etablissement scolaire : _____

Adresse : _____

_____ 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

PERE	MERE
Nom /prénom : _____	Nom /prénom : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
<u>Numéros de téléphone</u>	<u>Numéros de téléphone</u>
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
Ou
Photocopie des vaccins

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) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.			
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 : _____

Téléphone : _____

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06/01/1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Les informations restent confidentielles.

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 :**