

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

ACM Secteur jeunesse (11-17 ans) : 02.98.93.18.77 / 06.46.04.48.52 claj.animationjeunesse@gmail.com

FICHE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____

_____ Portable de l'enfant : _____

FAMILLE

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Prénoms des frères et sœurs : _____

Aides : MSA CAF CCAS 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/sorties 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 ? Diagnostique :							
L'enfant 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 destinées 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 :** _____