



# FICHE D'ADHÉSION 2024-2025

RECU LE : ..... (réservé à l'administration)

ACCUEIL  
ENFANCE  
JEUNESSE

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

ACM Secteur enfance en breton (3-12 ans) : 07.43.25.28.86 / dudiclaj@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 : \_\_\_\_\_ Mail 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* (adresse facturation)	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 : _____

**\*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 (si cas exceptionnel, les animateurs doivent être prévenus)		
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 (site internet CLAJ, plaquettes CLAJ et Poher Communauté, presse locale, diaporama, assemblée générale, Facebook)		
La facturation par mail		

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

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

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

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

**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 (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 a-t-il une notification MDPH ? <b>Diagnostic :</b>							
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 seules 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
  - . M'engage à régler le montant de la participation financière à la réservation.
  - . M'engage à transmettre toute modification concernant cette fiche.
- Le CLAJ est partenaire de la CAF29 et est habilité à consulter votre quotient familial en ligne.

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

