



FICHE D'ADHÉSION 2023-2024

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 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 : _____
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 (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) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.					
L'enfant a-t-il une notification MDPH ? Diagnostic :					
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**

