

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS PART'AGE
200 rue Charrière Basse – 01340 Montrevel en Bresse
Tél : 04 74 25 79 41 – Port : 06.13.23.22.00
Courriel : cdlpartage.montrevel@grandbourg.fr

SEPTEMBRE 2024 – AOUT 2025

A propos de votre enfant :

Prénom* : Nom* :
Né(e) le* : Sexe :
Ecole fréquentée : Classe :
3 – 5 ans Fait la sieste Oui Non

Repas spéciaux : Oui Non
Si Oui précisez : sans viande sans gluten PAI ALIMENTAIRE
sans lactose autres (précisez)

Le centre de loisirs ne peut commander que des repas sans viande, pour les autres régimes spécifiques et les Projets d'Accueil Individualisé (PAI, joindre le protocole au dossier) voir avec le directeur.

A propos des responsables légaux :

Lien de parenté*Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>Responsable légal 2 <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom*		
Date de naissance*		
Lieu de naissance*		
Adresse(s)*		
Adresse de facturation (si différente)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable*		
Email*		
Profession		
N° téléphone travail		
Situation familiale		

Régime allocataire (CAF, MSA, autre...précisez le département) :

Nom exact du titulaire du numéro allocataire :

Numéro allocataire : Montant du quotient familial.....

J'autorise la structure à utiliser Caf Pro et à en archiver les données (en cas de réponse négative, le tarif maximum sera appliqué).

Oui Non

AUTORISATIONS*

Merci de nous indiquer les personnes autorisées et/ou interdites à récupérer votre enfant. En cas de séparation, merci d'indiquer si l'ex-conjoint est autorisé à récupérer l'enfant. Si vous possédez un jugement du tribunal, nous joindre une copie.

Pour toutes personnes non indiquées, une autorisation (courrier, mail) devra être remise à la direction au préalable. Nous ne pourrons pas laisser votre enfant repartir avec une personne non renseignée.

INTERDITES	AUTORISEES	NOMS / PRENOMS	TELEPHONES	LIENS avec l'enfant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal (entourer la mention :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation de l'Accueil Collectif de Mineurs Part 'âge et de son règlement intérieur et m'engage à le respecter :
Oui Non
- M'engage à payer les frais d'inscriptions, déduction faite des aides auxquelles j'ai le droit ;
- Accepte que mon enfant participe à toutes les activités proposées et autorisées par la réglementation ; y compris celles nécessitant un transport à l'extérieur de la structure.
- Autorise le directeur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.
- Autorise à ce que mon enfant soit pris en photo :
Oui Non
- Autorise que son image soit utilisée pour illustrer les documents de promotion des activités par :
 - Affiches, presses (journaux locaux)
Oui Non
 - programmes, documents CA3B
Oui Non
 - Internet, réseaux sociaux
Oui Non
- Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans et après confirmation du directeur)
Oui Non

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à cdlpartage.montrevel@grandbourg.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer aux traitements des données vous concernant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX *

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Nom du médecin traitant : Téléphone du médecin :

Votre enfant suit-il un traitement médical Oui Non

Si oui, **joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre enfant est-il en situation de handicap (avec ou sans notification MDPH) Oui Non

Si oui, merci de nous contacter afin de préparer ensemble l'accueil le plus approprié à la situation de votre enfant.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes* :

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre enfant est-il sujet aux allergies* :

<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>PAI</u> (joindre le protocole au dossier) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>AUTRES CAUSES</u>
---	--	---	--	----------------------

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre Oui Non

.....
.....

Vos recommandations utiles (comportements spécifiques, problème de sommeil, port de lunettes, diablo...):

.....
.....

Pièces à joindre à cette fiche * :

- Copie des vaccins.
- Une copie du/des PAI et fournir les médicaments correspondants (si nécessaire).**
- Copie de l'attestation d'assurance extra-scolaire ou de responsabilité civile 2023-2024.
- Copie de l'affiliation à la sécurité sociale dont dépend votre enfant.
- Justificatifs d'aides (aides aux vacances CAF, CE...).
- Attestation du quotient familial CAF, MSA, ou fiche d'imposition.
- Copie du diplôme de natation (50 mètres ou plus) ou attestation ci-dessus.

Fait à

Le

Signature du responsable légal

ATTESTATION DE PRATIQUE DE LA NATATION 2023-2024

Cette attestation nous permet d'emmener votre enfant dans les bassins adéquats.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (nom du responsable légal), atteste que mon enfant (nom, prénom et âge)

- Sait nager (50m et +)
Ne sait pas nager (< 50m)

Si vous cochez « Ne sait pas nager (<50m) votre enfant portera obligatoirement des brassards ou une ceinture de flottaison, quel que soit son âge. Si vous détenez un certificat de natation (50m et +) rempli par un maître-nageur vous pouvez, en plus, nous en faire parvenir une copie.

L'attestation de 25 m ne nous permet pas non plus de considérer votre enfant comme nageur.

Fait à

Le

Signature du responsable légal

Fiche de renseignements 2024-2025