



DOSSIER ANNUEL ACCUEIL PREADOS

Date d'adhésion :
ENFANT

A joindre au dossier

- La fiche sanitaire de liaison remplie et signée
- Une photo d'identité de l'enfant (facultatif)
- Possibilité d'inscrire votre enfant à l'année :
 15 ou 20 € de septembre à juin selon QF

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Tél portable (si en possède un) :

Email (si en possède un) :

Collège fréquenté :

Numéro de sécurité sociale :

LES RESPONSABLES LEGAUX

Nom du père :	Nom de la mère :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse (si différente) :
Tel :	Tel :
Portable :	Portable :
Email :	Email :
Employeur :	Employeur :

Nous soussignés, après avoir pris connaissance des conditions de l'accueil préados, déclarons y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues.
D'autre part, en cas d'accident, nous autorisons l'équipe de la Fédération Partir à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions du médecin et/ou du service d'urgences.

Fait à le :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Autorise mon enfant à quitter l'accueil seul :

Activités entrées / sorties libres : Les enfants **sont libres d'entrer et de sortir** comme ils le souhaitent. Ils sont sous la responsabilité du personnel uniquement au moment de leur présence au local.

Accueil en entrée / sortie libre au **local** situé à l'ancien CES, 2 rue Victor Delbos, 46100 Figeac.

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil (implique qu'un responsable légal soit présent au départ du jeune).

Nous soussignés,

certifie avoir pris connaissance des conditions d'accès, tout particulièrement de la libre circulation des jeunes.

Fait le :

Signature :

« Bon pour accord »

COMMUNICATION

Vous souhaitez être informés des activités, sorties par :

Mail Site internet Réseaux sociaux (Facebook...)

DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés,

Responsable de l'enfant

1 / Autorise la fédération Partir à disposer des photographies représentant mon enfant pour communiquer sur les activités de l'accueil de loisirs par voie d'affiche, de brochures, ou par enregistrement sur support multimédia (site internet, communication interne, catalogue et site Facebook de l'association par exemple).

2 / Autorise mon enfant à être photographié par un journaliste ou un prestataire extérieur dans le cadre de la médiation diffusée sur support papier, électronique ou télévisé (ex : article dans la Dépêche, article et photo sur site internet du prestataire de l'activité comme l'accrobranche ...).

Signature :

« Bon pour accord »



LOCAL PRÉ-ADOS

DROIT À L'IMAGE AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....
responsable de l'enfant

1 / Autorise l'Association à disposer des photographies représentant mon enfant pour :

Communiquer sur les activités du local pré-ados par voie d'affiches, de brochures ou par enregistrement sur supports multimédias (site internet, communication interne, catalogue et site Facebook de l'association par exemple).

2 / Autorise mon enfant à être photographié par un journaliste ou un prestataire extérieur dans le cadre de la médiation diffusée sur support papier, électronique ou télévisé (ex : article dans la Dépêche, article et photo sur site internet du prestataire de l'activité).

Date et signature

« Bon pour accord »

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e)....., autorise le directeur local pré-ados ou un animateur désigné par lui, à conduire mon enfant en minibus ou en bus pour toutes les activités et projets organisés par l'Association FEDERATION PARTIR.

Date et signature

« Bon pour accord »

AUTORISATION PARENTALE POUR LES ACTIVITÉS

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant..... l'autorise à pratiquer les activités proposées.

Remarques ou interdictions d'activités, à préciser si besoin

.....
.....
.....

Date et signature

« Bon pour accord »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

CERFA 10008*02

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non		
Diphtérie			Coqueluche	
Tétanos			Haemophilus	
Poliomyélite			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
			Hépatite B	
			Pneumocoque	
			BCG	
			Autres (préciser)	

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance, même homéopathique.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES OUI NON
 MEDICAMENTEUSES OUI NON
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : OUI NON
 Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé OUI NON
 Si oui, précisez :

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, régimes alimentaires etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Date : Signature :