



Association Enfance et Loisirs à Naves

-ELAN-

Accueil Collectif de Mineurs (ACM)

Siège : Mairie 19460 NAVES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025

Ce dossier est valable pour toute l'année civile. Tout changement intervenu en cours d'année devra être signalé.

Nom / Prénom de l'enfant ou des enfants :

*

*

Responsable légal (Père, Mère ou Tuteur) : (Personne à laquelle l'enfant est rattaché au niveau Sécurité Sociale ou MSA)

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Profession : Employeur :

 Domicile : Portable : Travail :

Adresse Mail : Situation Familiale :

..... Régime Général ou MSA

Nom de la Mutuelle : N° Allocataire CAF :

Nom et adresse de l'assureur de l'enfant :

..... N° de Contrat :

Nombre d'enfants de la famille : Nombre de parts fiscales pour la famille :

Conjoint / Père / Mère / Tuteur : (entourer)

Nom et prénom :

Adresse (si différente du responsable):

Code postal : Ville :

Profession : Employeur :

 Domicile : Portable : Travail :

Adresse Mail :

Régime Général ou MSA

En cas d'absence des parents, personnes à joindre en cas d'urgence :

Nom, Prénom

Téléphone

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

FICHE MEDICALE

Merci de fournir les photocopies des vaccinations à jour de votre/vos enfant/s en veillant à indiquer le nom et prénom de l'enfant sur chaque feuille.

L'enfant : 1^{er} enfant Nom/Prénom	
Né(e) le À	
Adresse (si différente du responsable):	
Code postal : Ville :	
Ecole et Classe fréquentées :	
Médecin traitant : Nom : Ville ☎ :	
Maladies : L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	
RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ANGINES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISMES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres problèmes de santé ou allergies : (Maladie, Hospitalisation, Opération, ...)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation :	
Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Désignation :	
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel :	
.....	

L'enfant : 2^{eme} enfant Nom/Prénom	
Né(e) le à	
Adresse (si différente du responsable):	
Code postal : Ville :	
Ecole et Classe fréquentées :	
Médecin traitant : Nom Ville..... ☎.....	
Maladies : L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	
RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ANGINES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISMES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres problèmes de santé ou allergies : (Maladie, Hospitalisation, Opération, ...)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation :	
Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation :	
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel :	

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de **joindre l'ordonnance** aux médicaments accompagnée d'une autorisation parentale

Faute de pouvoir suivre la traçabilité des aliments lorsque vous fournissez le pique-nique pour votre enfant, nous déclinons toutes responsabilités en cas de problème : Vu

POUR LE BIEN ETRE DE L'ENFANT / DES ENFANTS :
Recommandations ou informations des parents :

.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

Nom / Prénom de l'Enfant ou des enfants :

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur ou Tutrice

-
- Autorise mon/mes enfants à faire seul(e) le trajet entre le domicile et le centre de loisirs OUI NON
 - Autorise mon/mes enfants à fréquenter le centre malgré ses allergies : OUI Non concerné.
 - Autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon/mes enfants lors des activités réalisées sur l'initiative du centre de loisirs : OUI NON
 - Autorise l'association à faire apparaître des photos de mon/mes enfants sur le site Internet d'Elan : OUI NON
 - Autorise l'association à faire apparaître des photos de mon/mes enfants dans la presse (journaux): OUI NON
 - Autorise mon/mes enfants à participer aux sorties organisées par le centre de loisirs et encadrées par l'équipe d'animation : OUI NON
 - Autorise mon enfant/mes enfants à participer aux activités sportives spécifiques pratiquées en dehors du centre de loisirs (sur inscriptions) :

Piscine	Oui	Non	Equitation	Oui	Non
Camping	Oui	Non	Vélo sur routes	Oui	Non
Escalade	Oui	Non	Patinage	Oui	Non

*Rayer les mentions inutiles

- Autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant : **sur présentation de la pièce d'identité**

.....
.....

Je soussigné(e)responsable légal de

.....

- Déclare exacts tous les renseignements portés sur la fiche de renseignements (ci-jointe), la fiche médicale (ci-jointe), la fiche d'autorisation parentale (ci-dessus).
- Reconnaît avoir pris connaissance de la grille de tarifs en vigueur et du règlement intérieur de la structure.
- Autorise le responsable du séjour du Centre de Loisirs de Naves à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

A le

**Signature des parents ou du tuteur
(Précédée de la mention "lu et approuvé")**

Pièces à joindre au dossier :

- Attestation assurance responsabilité civile du responsable légal au nom de l'enfant
 - Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé **avec le nom de l'enfant**
 - Photocopie du dernier avis d'imposition de la famille.
- En cas de concubinage, joindre les deux fiches d'imposition.
Si ces documents ne sont pas fournis, la tarification en Tranche 5 sera appliquée.