



Association Enfance et Loisirs à Naves  
- E L A N -

Accueil Collectif de Mineurs (ACM)  
Siège : Mairie 19460 NAVES

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024**

**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.**

<b>L'enfant : 1<sup>er</sup> enfant</b> Nom/Prénom .....	
Né(e) le ..... À .....	
Adresse (si différente du responsable): .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Ecole et Classe fréquentées : .....	
<b>Médecin traitant</b> : Nom : ..... Ville ..... ☎ : .....	
<b>Maladies :</b> 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
<b>Autres problèmes de santé ou allergies :</b> (Maladie, Hospitalisation, Opération, ...)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation : ..... .....	
<b>Traitement en cours :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Désignation : .....	
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel : .....	
.....	

<b>L'enfant : 2<sup>eme</sup> enfant</b> Nom/Prénom .....	
Né(e) le ..... à .....	
Adresse (si différente du responsable): .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Ecole et Classe fréquentées : .....	
<b>Médecin traitant</b> : Nom ..... Ville..... ☎.....	
<b>Maladies :</b> 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
<b>Autres problèmes de santé ou allergies :</b> (Maladie, Hospitalisation, Opération, ...)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation : ..... .....	
<b>Traitement en cours :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Désignation : .....	
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <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.*