



Association Enfance et Loisirs à NAVES  
- E LAN -

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

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Nom / Prénom de l'Enfant :**

**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

**L'enfant :**

Né(e) le ..... à .....

Adresse (si différente du responsable): .....

Code postal : ..... Ville : .....

Ecole et Classe fréquentées : .....

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

Nom, Prénom

Téléphone

.....

.....

.....

**Observations :**

.....

.....

# FICHE MEDICALE

**Nom / Prénom de l'Enfant :**

**Médecin traitant :** Nom : .....

Adresse : .....  : .....

**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.**

**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 :** (Maladie, Hospitalisation, Opération, Allergie...)

Date

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

**Traitement en cours :**  Oui  Non

Désignation : .....

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de **joindre l'ordonnance** aux médicaments.

**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 :**  
**Recommandations ou informations des parents :**

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

# AUTORISATION PARENTALE

**Nom / Prénom de l'Enfant :**

Je soussigné(e)            Père  Mère  Tuteur ou Tutrice

- .....
- Autorise mon enfant à faire seul(e) le trajet entre le domicile et le centre de loisirs :  OUI  NON
  - Autorise mon enfant à fréquenter le centre malgré ses allergies :  OUI  Non concerné.
  - Autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant lors des activités réalisées sur l'initiative du centre de loisirs :  OUI  NON
  - Autorise l'association à faire apparaître des photos de mon enfant sur le site Internet d'Elan :  OUI  NON
  - Autorise l'association à faire apparaître des photos de mon enfant dans la presse (journaux):  OUI  NON
  - Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par le centre de loisirs et encadrées par l'équipe d'animation :  OUI  NON
  - Autorise mon enfant 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
Ski	Oui	Non	Patinage	Oui	Non
Escalade	Oui	Non	Canoë kayak	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  
l'enfant .....

- 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")**

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

### 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
- 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 la plus élevée (Tranche 5) sera appliquée.*