

### Documents présents au dossier (à remplir par Familes Rurales)

- Fiche Familiale     Fiche Individuelle     Fiche sanitaire     Photocopie des vaccins     Paiement  
 Photocopie CAF ou MSA     Carte FR     Attestation Assurance Extrascolaire     Règlement Intérieur     Autorisation parentale permanente

**Présence au centre** (Mettre une croix dans les cases désirées et merci d'indiquer l'heure d'arrivée au péri centre)

### Juillet

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 10			
Mardi 11			
Mercredi 12			
Jeudi 13			
Vendredi 14			

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 17			
Mardi 18			
Mercredi 19			
Jeudi 20			
Vendredi 21			

**Mode de paiement (possibilité de régler en 2 fois, cocher les mois souhaités pour l'encaissement) à l'ordre du Groupement du pays Segréen**

Paiement	Juillet	Août
*Espèce		
*Chèque bancaire		
*Chèque(s) CESU		
*Chèque(s) Vacances		
*Virement bancaire		

JOUR	PRESENCE	GARDERIE		CAMP
		MATIN	SOIR	
Lundi 24				
Mardi 25				
Mercredi 26				
Jeudi 27				
Vendredi 28				

### Août

JOUR	PRESENCE	GARDERIE	
		MATIN	SOIR
Lundi 14			
Mardi 15			
Mercredi 16			
Jeudi 17			
Vendredi 18			

JOUR	PRESENCE	PRESENCE	GARDERIE		GARDERIE
			MATIN	SOIR	
Lundi 21	Lundi 28				
Mardi 22	Mardi 29				
Mercredi 23					
Jeudi 24					
Vendredi 25					

Si virement, IBAN : FR76  
1548 9047 5000 0299  
4320 151 / BIC :  
CMCIFR2A

### Présence aux camps

**Pas de transport en car, besoin de parents pour emmener et ramener. Veuillez noter vos disponibilités**

	Présent	Covoiturage aller / Nb de place	Covoiturage retour / Nb de place
Du 10 au 13 juillet 2023 Camp trappeur à la Cornuaille 5 – 7 ans			
Du 17 au 21 juillet 2023 Camp sportif à Vioreau 8 – 12 ans			
Du 24 au 28 juillet 2023 Camps culturels à saumur			

**FICHE INDIVIDUELLE**  
**DE RENSEIGNEMENTS**

PHOTO

Accueil de loisirs de Bel-Air de Combrée  
Année 2023

**IDENTITE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F – M      Date de naissance : ..... / ..... / .....      Lieu de naissance : .....

Age : .....      Adresse : .....

**Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents**  
(Présentation d'une pièce d'identité)

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Tél : .....

**INFORMATIONS MEDICALES**

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....

Adresse : .....

**Vaccinations :**

**Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant**

Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**P.A.I** (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

**Renseignements concernant le mineur :** (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical  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).

**Allergies :**

Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuses :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non

**En cas de réponse positive, 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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non

Lesquels ?

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

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

## Accueil de Loisirs Cap'Loisirs Association Familles Rurales du groupement Segréen

### AUTORISATION PARENTALE PERMANENTE

**Madame, Monsieur, ..... père, mère ou tuteur légal**

- Autorise mon enfant ..... à participer aux sorties extérieures organisées par l'ALSH Familles Rurales.
- Autorise mon enfant à voyager dans le cadre des activités de l'ALSH :
  - En voiture
  - Transport collectif
- Autorise mon enfant à être conduit à la piscine pour se baigner :
  - Sait nager
  - Ne sait pas nager
- Mon enfant sait faire du vélo :
  - Oui
  - Non
- Atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport pour mon enfant.
- Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. *Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.*
- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs/du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.
- Autorise mon enfant de plus de 7 ans à repartir seul à son domicile à partir de .....h, le(s) jour(s) suivant(s) .....

## FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION

Accueil collectif de mineurs de Bel-Air de Combrée

Année 2023

### INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou de la tutrice légale (ou parent 1)	IDENTITÉ DU PÈRE ou du tuteur légal (ou parent 2)
Nom et Prénom : .....	Nom et Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse du domicile : ..... .....	Adresse du domicile : ..... .....
Tél. Fixe : .....	Tél. Fixe : .....
Tél. Portable : .....	Tél. Portable : .....
Tél. Professionnel : .....	Tél. Professionnel : .....
E-mail : ..... .....	E-mail : ..... .....

Adhérent de l'association Familles Rurales de :

.....

N° de carte d'adhésion :

.....

Situation des parents : (Rayer les mentions inutiles)

Célibataire      Vie maritale      Pacés      Mariés      Séparés      Divorcés  
Veuf(ve)

## INFORMATIONS SUR LES ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance

## RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

- Régime général
- Régime spécifique (MSA, SNCF...)

J'autorise Familles Rurales à consulter le site CAF CDAP qui permet de connaître mon quotient familial

- Oui
- Non

Numéro d'allocataire ..... Numéro d'assuré : .....

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Organisme (nom et adresse) :

.....

Numéro de contrat (facultatif) :

.....

## ENGAGEMENTS DES PARENTS

M'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter. M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'accueil collectif de mineurs. M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Précédée de la mention « lu et approuvé »

---

*Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier à l'association ... organisatrice : (adresse postale)*



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature box

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES