

☐ Ludocartable☐ Accueil Jeunes☐ Ludothèque☐ Activité _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° portable du jeune : _____

Mail : _____

Etablissement scolaire : _____

Nom des parents (ou du responsable légal) : _____

Adresse : _____

Nom du Père : _____ Tél. _____ Tél. travail _____

Nom de la Mère : _____ Tél. _____ Tél. travail _____

Régime familial : ☐ régime général ☐ régime agricole ☐ autre régimeCarte Sortir ☐ N° allocataire CAF : _____ Quotient familial : _____

Fournir : Attestation d'assurance extra scolaire

AUTORISATION

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul☐ J'autorise d'autres personnes à venir chercher mon/mes enfants

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE : _____

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE : _____

☐ Je m'engage à fournir une autorisation écrite si ponctuellement une autre personne vient chercher mon/mes enfants☐ J'autorise mon/mes enfants à prendre les transports en commun ou le minibus du CDL dans le cadre des animations.☐ J'autorise le Centre de la Lande dans le cadre de leurs activités, à prendre des photos de mon/mes enfants et à les exposer sur tous supports y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires ainsi que sur internet.

VACCINATIONS

VACCINS	Oui/Non	Dates derniers rappels	VACCINS	Oui/Non	Dates derniers rappels
Diphtérie (D)			Ou DT Polio		
Tétanos (T)			Ou Tétracoq		
Poliomyélite (P)					

☐ CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT : _____

UN TRAITEMENT MÉDICAL ? (OUI / NON) :

Joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI), une ordonnance récente, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées du nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament n'est administré sans ordonnance.

ALLERGIES ?

SI OUI, LESQUELLES : _____

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

PROBLÈME DE SANTÉ (OUI/NON) :

Votre enfant présente un problème de santé qui nécessite une information de votre part ?

Si oui, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, sommeil, précisez : _____

Je soussigné-e, _____

responsable légal-e de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature

ENGAGEMENT DU JEUNE

Signature

Nom – Prénom : _____

☐ Je m'engage à respecter et prendre connaissance des règlements intérieurs des espaces que je fréquente

Cadre réservé au CDL

Adhésion 2024.2025 ☐ 5 € ☐ Carte sortir 3 €

ACTIVITE : _____ Date et règlement _____

ACTIVITE : _____ Date et règlement _____

ACTIVITE : _____ Date et règlement _____