



ACCUEIL
ENFANCE
JEUNESSE

FICHE D'ADHÉSION 2026-2027

RECU LE : (réservé à l'administration)

ACM Secteur enfance (3-12 ans) : 07.82.76.44.21 / accueildeloisirs@clajpoher.fr
Facebook : Accueil de loisirs CLAJ

FICHE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Établissement scolaire :
Adresse :

FAMILLE

Situation familiale : Célibataire ☐ Pacsé ☐ Marié ☐ En couple ☐ Séparé/Divorcé ☐

Nombre d'enfants à charge :

Prénoms des frères et sœurs :

Aides : MSA ☐ CAF ☐ CCAS ☐

N° allocataire CAF :

Responsable légal : Père ☐ Mère ☐ Les deux ☐ Tuteur/trice ☐

RESPONSABLE 1* (adresse facturation)	RESPONSABLE 2*
Nom /prénom :	Nom /prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	Adresse :
<u>Numéros de téléphone</u>	<u>Numéros de téléphone</u>
Portable :	Portable :
N° Pro :	N° Pro :
E-mail :	E-mail :

***nous prévenir immédiatement en cas de changement**

AUTORISATIONS

En tant que responsable, j'autorise :	OUI	NON
Mon enfant à se déplacer en minibus ou en car avec les animateurs dans le cadre d'une activité proposée par la structure		
Le CLAJ : - à réaliser des prises de vues photographiques de l'enfant dans le cadre des activités. - à utiliser et diffuser à titre gratuit ces photos, dans le cadre du droit à l'image, sur des supports non commerciaux (site internet CLAJ, plaquettes CLAJ et Poher Communauté, presse locale, diaporama, assemblée générale, Facebook)		
La facturation par mail		

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT ET À CONTACTER EN CAS D'URGENCE
(AUTRE QUE LES PARENTS)**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

		OUI	NON		OUI	NON
L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?	Rubéole			Coqueluche		
	Varicelle			Otite		
	Angine			Rougeole		
	Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
	Scarlatine					
L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.						
L'enfant a-t-il une notification MDPH ? Diagnostic :						
L'enfant a-t-il une AVS ?						
L'enfant est-il soumis à des allergies ? Si oui, type d'allergie et conduite à tenir :						
L'enfant connaît-il des difficultés de santé (asthme, alimentaire...) ? Si oui, précautions à prendre :						
L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Commentaires :						
Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, prothèses auditives...)						

Nom et prénom du médecin traitant : _____

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux animateurs, au secrétariat et à la comptabilité de l'association. Vous pouvez à tout moment demander l'accès à l'ensemble de vos données personnelles ayant été collectées ainsi qu'à la fiche de registre consacrée à la gestion de ces données. En apposant votre signature en bas de ce feuillet, vous donnez votre consentement au traitement de vos données aux seules fins pour lesquelles elles ont été collectées.

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____

. Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLAJ à prendre en lien avec le corps médical, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
 . Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur le site internet et m'engage à le respecter).
 . Certifie avoir souscrit à une assurance en responsabilité civile au nom de mon enfant
 . M'engage à régler le montant de la participation financière à la réservation.
 . M'engage à transmettre toute modification concernant cette fiche.
 Le CLAJ est partenaire de la CAF29 et est habilité à consulter votre quotient familial en ligne.

FAIT À : _____ **LE** ____/____/____ **SIGNATURE**

