

FICHE D'ADHÉSION 2026-2027

RECU LE :(réservé à l'administration)

ACM secteur jeunesse (11-17 ans) : 06.46.04.48.52 / noemielyer@clajpoher.fr



claj_mdp



Claj du Poher



noemieclajpdn

FICHE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Etablissement scolaire : _____

Adresse : _____

Portable de l'enfant : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Mail de l'enfant : _____

FAMILLE

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Prénoms des frères et soeurs : _____

Aides : ☐ MSA ☐ CAF ☐ CCAS N° allocataire CAF / N° de sécurité social MSA : _____Responsable légal : ☐ Père ☐ Mère ☐ Les deux ☐ Tuteur/trice

RESPONSABLE 1 * (adresse de facturation)	RESPONSABLE 2 *
Nom / Prénom : _____	Nom / Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
<u>Numéros de téléphone et mails :</u>	<u>Numéros de téléphone et mails :</u>
Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
N° pro : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	N° pro : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
E-mail : _____	E-mail : _____

AUTORISATION

En tant que responsable, j'autorise :	OUI	NON
Mon enfants à se déplacer en minibus ou en car avec les animateurs dans le cadre d'une activité proposée par la structure		
Mon enfants à partir seul après l'activité (si cas exceptionnel, les animateurs doivent être prévenus)		
Le CLAJ : - à réaliser des prises de photos et/ou vidéos de l'enfants dans le cadre d'activités. - à utiliser et diffuser à titre gratuit ces photos/vidéos, dans le cadre du droit à l'image, sur des supports non commerciaux (sites internet CLAJ, plaquettes CLAJ et Poher Communauté, presse locale, diaporama, assemblée générale, réseaux sociaux du CLAJ)		
La facturation par mail		

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

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX

		OUI	NON		OUI	NON
L'enfants 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'enfants connaît-il des difficultés de santé (asthme, alimentaire ...) ? Si oui, précautions à prendre :						
L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Commentaire :						
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 _____

