



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE : \_\_\_\_\_**

**Saison :** \_\_\_\_\_

**ÉTAT CIVIL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

**ADHÉRENT(S)**

(1) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(2) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(3) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(4) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(5) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PERSONNES HABILITÉES À VENIR RÉCUPÉRER LES ENFANTS** (À l'exception des responsables légaux)

Nom / Prénom	Contact	Lien de parenté

**N° d'allocataire :** \_\_\_\_\_ **Régime :** CAF  MSA  Autres  **Quotient familial :** \_\_\_\_\_

**Droit à l'image :**

J'accepte que mon image et/ou celle de mon(mes) enfant(s) soit utilisée pour les supports de communication la MPT

**Conditions générales :**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter. (Disponible sur notre site et à l'accueil)  
 Je consens au traitement de mes données personnelles dans le strict respect du Règlement Général sur la Protection des Données.

**Je souhaite devenir Bénévole :** Animateur  Occasionnel  Consultatif  Administrateur

**Fait à**

**le**

**Signature**

NOM Prénom	Activités	Jour	Horaires	Accueil Collectif de Mineurs
				<input type="checkbox"/> TYM <input type="checkbox"/> EJ <input type="checkbox"/> Péri Public <input type="checkbox"/> Péri Privé /Classe :
				<input type="checkbox"/> TYM <input type="checkbox"/> EJ <input type="checkbox"/> Péri Public <input type="checkbox"/> Péri Privé /Classe :
				<input type="checkbox"/> TYM <input type="checkbox"/> EJ <input type="checkbox"/> Péri Public <input type="checkbox"/> Péri Privé /Classe :
				<input type="checkbox"/> TYM <input type="checkbox"/> EJ <input type="checkbox"/> Péri Public <input type="checkbox"/> Péri Privé /Classe :
				<input type="checkbox"/> TYM <input type="checkbox"/> EJ <input type="checkbox"/> Péri Public <input type="checkbox"/> Péri Privé /Classe :

**CADRE RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE - NE PAS REMPLIR SVP**

	Nombre de personnes	COÛT	Remise montant	TOTAL
Adhésions MPT			X	
Adhésions CL TYM		2€	X	
Adhésions EJ		5€/10€/12€	X	
Ludothèque		20€/30€/40€	X	
Activité 1 : _____			X	
Activité 2 : _____			5% _____	
Activité 3 : _____			10% _____	
Reliquat année N-1	X		X	
<b>TOTAL</b>				

MODE DE RÈGLEMENT		QTÉ	MONTANT / ÉCHÉANCES
<input type="checkbox"/>	Espèce	X	_____
<input type="checkbox"/>	ANCV / CESU		_____
<input type="checkbox"/>	Chèque bancaire		> Nombre de chèques : > Banque :
<input type="checkbox"/>	Virement bancaire		_____
<input type="checkbox"/>	Avoir		_____



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, 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, si oui préciser  oui  non

## 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :