



Pôle Landrel - Tél. : 02.99.32.32.10
 10 chemin du Landrel - B.P. 70425
 35204 RENNES cedex 2
 Pôle Savary - Tél. : 02 99 51 14 16
 4 rue d'Andorre - 35200 RENNES

Fiche « mineurs » : 1 par adhérent
A conserver par l'animateur encadrant

Si besoin, concerne tous les groupes CPB Blosne sauf ALSH Passerelle Jeunesse

Saison
2024-2025

Activité :

Groupe ou Jour/heure :

NOM :
 adhérent

Prénom :
 adhérent

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

- Téléphones : Nom : :/...../...../...../.....
 Nom : :/...../...../...../.....
 Nom : :/...../...../...../.....

- Adresse mail (**en majuscules**) :

Des informations importantes concernant l'activité de votre enfant peuvent vous être communiquées par mail

**Pour le bon déroulement de l'activité,
 l'inscription de l'adhérent l'engage
 à une PRESENCE REGULIERE SUR TOUTE LA SAISON.**

Je soussigné(e), M. ou Mme
 responsable légal de l'enfant :

----- **Autorisation parentale** -----
 Toute modification devra être notifiée par écrit

- Autorise mon enfant à participer à l'activité proposée par le CPB Blosne
- Autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'activité durant toute la saison :
 OUI
 NON → personne(s) venant le chercher :
- Autorise le Cercle Paul Bert à reproduire la photographie et la vidéo de mon enfant dans le cadre des activités du Cercle Paul Bert Blosne : OUI NON
- Autorise le directeur ou l'animateur à prendre toutes dispositions en cas d'urgence.

----- **Transfert de garde** -----

- Déclare avoir pris connaissance des horaires et fonctionnement de l'activité, notamment en ce qui concerne le transfert de garde. Celui-ci s'opère dans nos locaux par une responsabilité transmise à l'animateur par le responsable légal pour les enfants présents à l'activité,
 le(jour) de(heure début) à(heure fin).



----- **Fiche Sanitaire de Liaison (extrait)** -----
pour les adhérents mineurs



Direction Régionale et Départementale
Jeunesse et Sports Bretagne Ile et Vilaine

Pôle Action Sociale

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :
(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
MEDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES (animaux, plantes, pollen) OUI NON

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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et/ou des **éventuels soins à apporter** ? OUI NON

.....
.....

2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

3- RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du 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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :/...../.....	Signature du responsable légal :
---------------------------------	---

L'association a souscrit une assurance responsabilité civile. Toutefois, la loi du 07/07/2001 informe de l'intérêt de souscrire une assurance responsabilité civile complémentaire.
Le Centre décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou détérioration de biens appartenant à l'adhérent.