***Fiche « mineurs »****: 1 par adhérent*

**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

***A conserver par l’animateur encadrant***

**Saison**

**2023-2024**

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

**Activité :** …………………………………………………………………

**Groupe ou Jour/heure :** …………………………………………………

**NOM** : ……………………………………………… **Prénom** : …………………………………

**adhérent 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).*

*Tournez SVP*



## ------- Fiche Sanitaire de Liaison (extrait) -------

***pour les adhérents mineurs***

**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.