

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS PART'AGE

200 rue Charrière Basse – 01340 Montrevel en Bresse

Tél : 04 74 25 79 40

Courriel : cdlpartage.montrevel@grandbourg.fr

SEPTEMBRE 2026 – AOUT 2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE

Prénom, Nom : Adresse :
Né(e) le / / Sexe : F / M Ecole fréquentée : Classe.....

RESPONSABLES LEGAUX

Lien de parenté		
Responsable légal entourez la mention utile	OUI NON	OUI NON
Prénom, Nom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Adresse si différente de celle de l'enfant		
N° téléphone		
Email		
Profession		
N° téléphone travail		
Situation familiale		

LISTES DES PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE VOTRE ENFANT

Merci de nous indiquer les personnes autorisées et/ou interdites à récupérer votre enfant. En cas de séparation, si l'ex-conjoint est déchu de ses droits merci de nous joindre une copie du jugement du tribunal.

Pour toutes personnes non indiquées, une autorisation (courrier, mail) devra être remise à la direction au préalable.

Nous ne pourrions pas laisser votre enfant repartir avec une personne non renseignée.

INTERDITES	AUTORISEES	NOMS / PRENOMS	TELEPHONES	LIENS avec l'enfant
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

AUTRES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ENFANT ET VOUS entourez la mention utile

- Fait-il la sieste : OUI NON
- Est-il soumis à un régime alimentaire spécifique : OUI NON
- Si oui précisez : sans viande ☐ PAI ALIMENTAIRE ☐ sans lactose ☐ sans gluten ☐
Autres (précisez)

L'accueil de loisirs ne peut commander que des repas sans viande, pour les autres régimes spécifiques et les PAI (Projets d'Accueil Individualisé, joindre le protocole au dossier) voir avec la directrice.

- Régime allocataire (CAF, MSA, autre...précisez le département) :
Nom exact du titulaire du numéro allocataire :Numéro allocataire :
Montant du quotient familial

J'autorise la structure à utiliser Caf Pro et à en archiver les données (en cas de réponse négative, le tarif maximum sera appliqué). OUI NON

AUTORISATIONS entourez la mention utile

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal :

- Autorise à ce que mon enfant soit pris en photo : OUI NON
- Autorise que son image soit utilisée pour illustrer les documents de promotion des activités par :
 - Affiches, presses (journaux locaux)
OUI NON
 - programmes, documents CA3B
OUI NON
 - Internet, réseaux sociaux
OUI NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans et après confirmation du directeur) : OUI NON
- Autorisez-vous l'équipe à se mettre en lien avec d'autres personnes et professionnels connaissant l'enfant pour échanger sur les meilleurs aménagements possibles pour lui :
 - École : OUI NON
Contact :
 - Professionnels du soin (orthophoniste, psychologue...) : OUI NON
Contact :
 - Structure médico-sociale : OUI NON
Contact :
 - Autre(s) professionnel(s) : OUI profession : NON
Contact :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX entourez la mention utile

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Nom du médecin traitant : Téléphone du médecin :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, **joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Votre enfant est-il en situation de handicap (avec ou sans notification MDPH) ? OUI NON

Si oui, merci de nous contacter afin de préparer ensemble l'accueil le plus approprié à la situation de votre enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de non contre-indication.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>RUBEOLE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>VARICELLE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>ANGINE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>RHUMATISME</u> OUI ☐ NON ☐	<u>SCARLATINE</u> OUI ☐ NON ☐
<u>COQUELUCHE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>OTITE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>ROUGEOLE</u> OUI ☐ NON ☐	<u>OREILLONS</u> OUI ☐ NON ☐	

Votre enfant est-il sujet aux allergies :

<u>ASTHME</u> OUI ☐ NON ☐	<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI ☐ NON ☐	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI ☐ NON ☐	<u>PAI</u> (joindre le protocole au dossier) OUI ☐ NON ☐	<u>AUTRES CAUSES</u>
---	--	---	--	----------------------

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : OUI NON

.....
.....

Je soussigné(e),....., père, mère, responsable légal (entourez la mention utile), de..... :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation de l'Accueil Collectif de Mineurs Part 'Âge et de son règlement intérieur et m'engage à le respecter ;
- M'engage à payer les frais d'inscriptions, déduction faite des aides auxquelles j'ai le droit ;
- Accepte que mon enfant participe à toutes les activités proposées et autorisées par la réglementation ; y compris celles nécessitant un transport à l'extérieur de la structure.
- Autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures qu'elle jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

En application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès aux données et vidéos vous concernant et vous avez le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à cdlpartage.montrevel@grandbourg.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer aux traitements des données vous concernant.

Pièces à joindre à cette fiche :

- ☐ Copie des vaccins.
- ☐ Copie de l'attestation d'assurance extra-scolaire ou de responsabilité civile 2026-2027
- ☐ Copie de l'affiliation à la sécurité sociale dont dépend votre enfant.
- ☐ Justificatifs d'aides (aides aux vacances CAF, CE...).
- ☐ Attestation du quotient familial CAF, MSA, ou fiche d'imposition.
- ☐ Une copie du/des PAI et fournir les médicaments correspondants (si nécessaire).
- ☐ Copie de l'attestation « savoir-nager » en sécurité en temps scolaire ou hors temps scolaire, pour pouvoir nager sans brassière de sécurité dans les zones délimitées.

Fait à, le

UN ACCUEIL PERSONNALISÉ (partie facultative)

Afin de connaître un peu mieux votre enfant et de pouvoir l'accueillir de façon la plus adaptée à ses besoins et à son rythme, n'hésitez pas à répondre à ces quelques questions.

VIE QUOTIDIENNE

A-t-il, dans la vie quotidienne, des habitudes, des rituels, qui le rassurent ? Lesquels ?

Peut-il avoir des inquiétudes récurrentes, des angoisses ? Quels éléments déclencheurs ?

Comment l'aider ? : Quels sont ses centres d'intérêts (Jeux, activités, ...) pouvant l'aider à se recentrer ?

COMMUNICATION

Votre enfant parvient-il globalement à exprimer ses envies et ses besoins (boire, aller aux WC, rester au calme...) ?

A-t-il des besoins, rituels, habitudes dans la communication ?

REPAS

A-t-il des particularités alimentaires (Problèmes avec certains aliments, la texture des aliments, la couleur, température...) ?

Qu'est-ce qui peut perturber son repas (bruit, rester assis trop longtemps...) ?

SANTÉ, PROPRETÉ, HABILLAGE

Votre enfant est-il autonome ou est-il en cours d'acquisition ?

A-t-il des rituels ou habitudes ?

Vos recommandations utiles (diabolo, lunettes, couches, appareil dentaire...) :