Autorisations

AUTORISATION SPORTIVE :

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront porposées durant les centres de loisirs.

Mon enfant : ☐ sait nager (distance : _____ mètres) ☐ ne sait pas nager

AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDÉOS :

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant individuellement ou en groupe :

- sur le site internet du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes
- sur le Facebook du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes
- sur différents supports de communication (catalogue, journal, flyers...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois et des communes adhérentes.

En cas contraire, merci de cocher cette case ☐

AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :

☐ J'autorise mon enfant à repartir seul.

☐ Mon enfant peut être confié à _____
(présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

☐ J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur.

Attention, toute personne reprennant un enfant à la demande des parents devra être majeure et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur.

Signature des parents (précédée de la mention «Lu et approuvé»)

SIVOM communauté du Béthunois
Enfance - Jeunesse

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf du Pas-de-Calais

sivom.bethunois

Retrouvez-nous sur :
sivom-bethunois.fr

ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS
à caractère éducatifs
2026 / 2027

Dossier famille

Photo

Nom : .....

Prénom : .....

Âge : .....

Des activités et des sorties variées !

Accrobranche, piscine, activités de plein air, activités manuelles, jeux sportifs...
Il y en aura pour tous les goûts !

Documents à fournir :

- *Attestation d'assurance responsabilité civile*
- *Copie du carnet de santé*
- *Attestation ATL, PAI, AEEH*

Fiche renseignements (obligatoire)

ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... LIEU DE NAISSANCE : DÉP :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : CLASSE SUIVIE :

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DE PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) : ◯ OUI ◯ NON

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH) : ◯ OUI ◯ NON

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME SPÉCIFIQUE (SI OUI À PRÉCISER) : ◯ OUI ◯ NON

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

FRATERIE :

PARENTS :

NOM / PRÉNOM DU PARENT : NOM / PRÉNOM DU PARENT :

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

ADRESSE : ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

EMAIL : EMAIL :

PROFESSION : PROFESSION :

TÉL EMPLOYEUR : TÉL EMPLOYEUR :

NOM DE L'EMPLOYEUR : NOM DE L'EMPLOYEUR :

SITUATION FAMILLIALE :

◯ Célibataire ◯ Mariés ◯ Vie maritale ◯ Veuf(ve) ◯ Divorcés*

*En cas de divorce, il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, l'organisateur du séjour décline toute responsabilité. De plus, merci de nous communiquer l'adresse où nous devons envoyer la facture.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parents à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant) :

NOM / PRÉNOM :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : EMAIL :

CAISSE D'ALLOCATION FAMILLIALES :

CAF DE (VILLE) : N° ALLOCATAIRE : QUOTIENT FAMILIAL :

EN CAS D'URGENCE :

Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonées d'une tierce personne dans l'hypothèse où les parents ne pourraient être joints :

NOM / PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL DOMICILE : TÉL PORTABLE :

VACCINS :

☐ En tant que responsable légal de mon enfant, je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins. (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccinations.)

Signature des parents (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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

MEDICAMENTEUSES ☐ 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 :