

**ALLERGIES : Fournir un Plan d'Accueil Individualisé ou une ordonnance**

Asthme : oui  non

Médicamenteuse : oui  non

Alimentaire : oui  non

Autres : .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**

.....  
.....

**Recommandations utiles (difficultés de santé, problèmes familiaux, port de lunettes et/ou lentilles, intolérance alimentaire, pathologie réelle, etc....) à préciser :**

.....  
.....

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

☞ L'association « Les Quatre Saisons » à transporter mon enfant en fonction des activités que celle-ci propose. En contrepartie, l'association s'engage à utiliser un véhicule assuré et adapté au transport d'enfants ou à faire appel à un prestataire spécialisé dans le transport de groupe.

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

☞ L'utilisation de l'image de mon enfant par l'association « Les Quatre Saisons » dans le cadre de l'illustration de ses plaquettes et de son site internet.

☞ Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir en sa possession et avoir « lu et accepté » le règlement intérieur de la structure et, autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires pour l'état de mon enfant.

2024

2025

2026

Fait à : ..... Fait à : ..... Fait à : .....

Le : ..... Le : ..... Le : .....

Signature : Signature : Signature :

**PIECES A REMETTRE :**

Attestation CAF 2024 (ou autorisation CAFPRO) ou MSA pour les résidents Vendéens :

Copie des 3 pages du carnet de vaccinations (même vierge(s)) dont maladies contagieuses ou attestation d'un médecin comme quoi l'enfant est à jour de ces vaccinations :

Justificatif de domicile (datant de l'année en cours ou de moins de 3 mois) si vous bénéficiez du tarif « Communes »\* :

Certificat médical (datant de l'année en cours ou de moins de 6 mois et valable pour l'année civile) « Apte à la pratique du sport en accueil de loisirs » :

\*Tarif « Communes » réservé aux habitants de : St Vincent/Jard, Jard/Mer, Avrillé, St Hilaire la Forêt et Le Bernard.



# FICHE DE RENSEIGNEMENT

**ENFANT**  **ADOLESCENT**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : ..... **CLASSE** : .....

N° SECURITE SOCIALE (AUQUEL EST ASSURÉ L'ENFANT) : .....

**Sexe :**  
M   
F

**Réservé à l'administration**

ADHESION 2024 : N° .....

ADHESION 2025 : N° .....

ADHESION 2026 : N° .....

*Réglée par :* Chèque   
Espèces   
Virement   
Facture

*Tarifcation :*  
Communes   
Hors Communes

CAF de la Vendée :  MSA 85 :  AUTRES (Hors département / autre régime) :

Autorise l'accès à CAFPRO pour les allocataires CAF Vendée seulement :

N° Allocataire : ..... **Quotient familial** : .....

**PARENTS**  **FAMILLE D'ACCUEIL**  **REPRESENTANT LEGAL**

*Situation familiale* : .....

*Responsable légal de l'enfant* : Père  Mère  Autres  (Nom : .....) )

## MERE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

☎ : ..... 📱 : .....

@ : .....

Profession : .....

☎ Pro : .....

## PERE

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

☎ : ..... 📱 : .....

@ : .....

Profession : .....

☎ Pro : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :** .....

**Lien « de parenté » avec l'enfant :** ..... ☎ : .....

**Souhaitez-vous recevoir votre facture et relance par mail :**  Oui  Non

**Adresse ou courriel pour recevoir votre facture :** .....

..... **Code Postal** : ..... **Ville** : .....