

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** :