



Mairie de BELCODÈNE

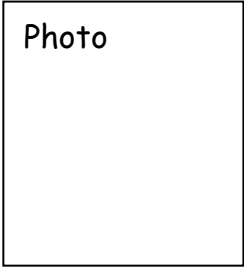
**ACM LEO LAGRANGE MEDITERRANEE**  
**MANAQUE ET COUDOULET**  
 RD 908  
 13720 BELCODENE  
 0442706218  
[belcodene@leolagrange.org](mailto:belcodene@leolagrange.org)  
[www.leolagrange-labouilladisse-belcodene.org](http://www.leolagrange-labouilladisse-belcodene.org)



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023

### L'ENFANT

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : .....  
 Etablissement scolaire fréquenté : .....  
 Classe : .....  
 L'enfant bénéficie-t-il d'une AVS (Aide à la Vie scolaire) :  Oui  Non



### PARENT 1- responsable légal de l'enfant :      lien de parenté : .....

NOM : .....Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Coordonnées : Fixe.....  
    Bureau.....  
    Portable.....  
    Mail.....

### PARENT 2- responsable légal de l'enfant      lien de parenté : .....

NOM .....Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Coordonnées : Fixe.....  
    Bureau.....  
    Portable.....  
    Mail.....

**Rappel : tout changement de numéro de téléphone des responsables légaux doit impérativement être transmis au Directeur de l'accueil Collectif de Mineurs.**

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Régime général  Régime maritime  MSA/EDF/GDF/SNCF/RATP   
 Adresse du centre payeur : .....  
 N° de CAF : .....  
 QF : ..... Date d'effet : .....  
 Assurance responsabilité civile : .....  
 Profession parent 1 : ..... Employeur : .....

Profession parent 2 : ..... Employeur : .....

Nombre d'enfants dans la famille : .....

Numéro de Sécurité Sociale (de rattachement de l'enfant) : .....

### AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur..... responsable de l'enfant  
..... l'autorise à partir seul le soir :

Oui  Non (concerne uniquement les enfants inscrits en élémentaire)

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en votre absence en présentant une pièce d'identité :

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

Nom :..... ☎ :...../...../...../...../.....

### Si interdiction de récupération de l'enfant :

Nom et prénom de la personne interdite de récupérer l'enfant .....

**Il faut impérativement fournir un justificatif en cas d'interdiction à récupérer l'enfant.**

### Accès CAF CDAP

J'autorise

Je n'autorise pas

La direction de la structure à consulter mon dossier allocataire CAF CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charges...). Le service CAF CDAP respecte les règles de confidentialités. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à la direction de la structure.

### AUTORISATION DIFFUSION ET PUBLICATION DE PHOTO, FILM

J'autorise

Je n'autorise pas

**La commune de Belcodène à diffuser et publier** l'image de mon enfant afin d'illustrer toutes les publications de la mairie de Belcodène à un public interne ou externe et que celles-ci soient faites à titre gratuit ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet de la ville de Belcodène.

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant :  
.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Déclare avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur (à télécharger sur le site de la structure)

Fait à..... Le..... Signature

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1) MINEUR ACCUEILLI

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

GARÇON  FILLE

POIDS DU MINEUR : .....

2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphthérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

#### a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....

#### b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON OUI

Si oui, **prendre le contact avec le directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI** (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.

c) Le trouble de la santé implique –t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON  OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

d) **Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...):

**Si oui, prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

.....  
.....  
.....  
.....

**4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...):

.....  
.....  
.....

**5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

.....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

**Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur**

.....

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR : .....

.....

COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS : .....

.....



leo lagrange  
FEDERATION

## AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET DE PUBLIER

---

### Nous soussignés :

- **Nom et prénom du parent responsable légal :** -----  
Domicilié à : -----
- **Nom et prénom du parent responsable légal :** -----  
Domiciliée à : -----
  - **Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, Nom et prénom du tuteur ou représentant légal :**-----  
Domicilié(e) à : -----

**Agissant en qualité de représentant(e) légal(e)** (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) **de** :

- Nom et prénom de l'enfant : -----
- Nom et prénom de l'enfant : -----
- Nom et prénom de l'enfant : -----

**Autorisons :**

**N'autorisons pas :**

1. **Léo Lagrange Méditerranée** dont le siège est sis à **67 la Canebière 13001 Marseille**, et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait, à :

1.1. **Photographier et filmer** mon(es) enfant(s) :

- Nom et prénom de l'enfant : -----
- Nom et prénom de l'enfant : -----
- Nom et prénom de l'enfant : -----

1.2. **Reproduire** son/leur image,

1.3. **Diffuser et publier** cette image afin d'illustrer toutes les publications de la Fédération Léo Lagrange destinées à un public interne ou externe et que celles-ci soient faites à titre gratuit ou onéreux, mais également pour illustrer le site Internet de **Léo Lagrange Méditerranée**;

Cette autorisation est consentie à titre gracieux pour **trois années à compter de la signature des présentes.**

2. **Renonçons à tout recours** contre **Léo Lagrange Méditerranée** ou toute personne physique ou morale qu'elle se serait substituée au titre de la prise d'image de mon(es) enfant(s), de sa diffusion et publication.

*Fait en double exemplaire*

A ....., le .....

---

Signature des parents ou  
du représentant légal  
(précédée de la mention « Lu & approuvé »)

Signature de l'enfant s'il a + de 13 ans

# INSCRIPTIONS ACCUEIL DE LOISIRS (Manaque et Coudoulet) DU 10/07/2023 au 25/08/2023

Nom: ..... Prénom: ..... année naissance: .....

COCHEZ LES JOURS  
RESERVES  
(mention obligatoire)

QF: .....

Tarif: ....	JUILLET							Août							Total								
	L	M	M	J	V	L	M	J	V	L	M	M	J	V	16	17	18	21	22	23	24	25	obs
Pitchouns (2020/19/18/17)																							
Minots (2016/15)																							
Dadets (2014/13/12/11)																							
Juniors (2010/09/08/07)																							

Avoir(s) ou Rajout(s)  ch  esp

Somme Totale :  Ch vac

facture acquittée en:  ch  esp

Signature parent :



Nom: ..... Prénom: .....

ALSH du 10/07/2023 au 25/08/2023		TOTAL	REGLT
Prénoms, période	Tarif	nombre jours	

Avoir(s) ou Rajout(s) :

Somme Totale :

Facture acquittée en:  ch  esp

Cachet de l'Organisme : N° Siret : 7828156740042

Accueil de Loisirs ( Manaque et Coucoulet) RD 908 13720 Belcodène  
tel: 04 42 70 62 18 / belcodene@leolagrange.org / www.leolagrange-labouilladisse-belcodene.org  
Tel MAIRIE : 04 42 70 66 66 (en dehors des périodes d'ouverture)

**MISSION CONVENTIONNEE AVEC LA COMMUNE DE BELCODENE**

Mairie de BELCODÈNE