Mairie de BELCODÈNE

ACM LEO LAGRANGE ANIMATION
MANAQUE ET COUDOULET
RD 908
13720 BELCODENE
0442706218
0761136328
belcodene@leolagrange.org

léolagrange animation

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025

Photo

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

léo lagrange animation

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER, 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 07/07/2025 au 29/08/2025

Nom: ……. **Prénom: ……..** **année naissance:……**

COCHEZ LES JOURS RESERVES (mention obligatoire)

Tarif:…. **QF:……** Bonjour

	JUILLET																			AOUT																	Total	
	L	M	M	J	V		M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V		
	7	8	9	10	11		15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14		18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	obs	reglt
Pitchouns (2022/21/20/19)																																									
Minots (2018/17)						FERIE																							FERIE												
Dadets (2016/15/14/13)																																									
Juniors (2012/11/10/09)																																									

Avoir(s) ou Rajout(s) | facture acquittée en: | ch | esp

Somme Totale : | Ch vac | cesu

Signature parent :

✂……

Nom: …… **Prénom: ……..**

	ALSH du 7/07/2025 au 29/08/2025			
Prénoms, période	*Tarif*	*nombre jours*	*TOTAL*	**REGLT**

Avoir(s) ou Rajout(s) :

Somme Totale :

Facture acquittée en: ch esp

Ch vac cesu

Cachet de l'Organisme :

N° Siret : 7828156740042

léolagrange animation

Accueil de Loisirs (Manaque et Coucoulet) RD 908 13720 Belcodène
tel: 04 42 70 62 18 / 07 61 13 63 28 / belcodene@leolagrange.org
Tel MAIRIE : 04 42 70 66 66 (en dehors des périodes d'ouverture)

MISSION CONVENTIONNEE AVEC LA COMMUNE DE BELCODENE

Mairie de BELCODÈNE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE
Direction Départementale Déléguée de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – Bouches du Rhône
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Éducatif

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
Diphtérie		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) <u>RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS</u> (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie …) **:**

……..
……..
……..
……..

5) <u>RESPONSABLE(S) DU MINEUR</u>

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 : ……

……...