

# Autorisations

## AUTORISATION SPORTIVE :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui seront proposées 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 reprenant 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»)



slvom.bethunois

Retrouvez-nous sur :  
sivom-bethunois.fr

## ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS à caractère éducatifs 2024 / 2025

### 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 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 |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphérie                  |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomylélite             |     |     |                            | 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.

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 : .....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
ADRESSE : .....  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....  
EMAIL : .....  
PROFESSION : .....  
TÉL EMPLOYEUR : .....  
NOM DE L'EMPLOYEUR : .....  
NOM / PRÉNOM DU PARENT : .....  
DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
ADRESSE : .....  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....  
EMAIL : .....  
PROFESSION : .....  
TÉL EMPLOYEUR : .....  
NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

SITUATION FAMILIALE :  
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 FAMILIALES :  
CAF DE (VILLE) : ..... N° ALLOCATAIRE : ..... QUOTIENT FAMILIAL : .....

EN CAS D'URGENCE :  
Nous contacterons directement les parents, mais nous aimerions obtenir les coordonnées 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»)

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non  
MÉDICAMENTEUSES ☐ 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 actualiser 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 : .....