

CENTRE D'ANIMATION CALVAIRE ST PIERRE  
7 et 9 rue de la Défense Passive  
B.P. 5005 - 14076 CAEN CEDEX 5  
Tél : 02.31.93.11.08 (secrétariat)  
Tél : 02.31.93.47.40 (centre de loisirs Thiès)  
e.mail : [mjccacsp@wanadoo.fr](mailto:mjccacsp@wanadoo.fr)

## FICHE RENSEIGNEMENTS

ANNEE
20__

- allergie
- sans porc
- sans viande
- sans poisson

L'ENFANT : G - F

NOM.....Prénom.....

Date et Lieu de Naissance :.....

Nombre de Frères : ..... Leur âge:.....

Nombre de Sœurs : ..... Leur âge:.....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

LE CHEF DE FAMILLE → (celui qui perçoit les Allocations Familiales)

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance : .....

Adresse.....

..... Tél. : .....

Adresse mail : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Profession.....

N° Allocations Familiales ou M.S.A. : .....

N° Contrat Assurance et nom de la société : .....

Etes-vous bénéficiaires de la C.M.U.(Couverture Maladie Universelle) : OUI - NON

N° Tél. où l'on peut vous joindre dans la journée :

Domicile : ..... Travail : .....

Autres personnes pouvant être contactées :

Nom Prénom	N° de Tél.	<u>Lien avec la famille</u> : ami(e)/voisin(e)/autre (préciser)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Situation familiale :  marié(e)  divorcé(e)  séparé(e)  veuf(ve)  célibataire  concubin(e)  pacsé(e)

**LE PERE OU LA MERE → (si différent du chef de famille)**

NOM .....Prénom : .....

Adresse .....

..... Profession :.....

N° Tél. où l'on peut vous joindre dans la journée : .....

Domicile : ..... Travail : .....

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Qui peuvent sembler importants concernant l'enfant, son milieu familial, sa santé (si allergie préciser), ses études, etc... et qui permettront à l'équipe d'encadrement de mieux connaître votre enfant :

Votre médecin traitant ou de famille (Nom, prénom, adresse et tél.):

.....  
.....

**AUTORISATIONS :**

Nous soussignés, Madame, Monsieur,

- \* autorisons notre enfant à rentrer seul au domicile à partir de ..... heures.
- \* n'autorisons pas notre enfant à rentrer seul au domicile.  
(en cas d'exception, donner une autorisation écrite à l'enfant).
- \* autorisons - n'autorisons pas la baignade.
- \* autorisons - n'autorisons pas les transports nécessaires aux activités.
- \* autorisons - n'autorisons pas les responsables du Centre à faire pratiquer tous soins ou opérations nécessaires en cas d'urgence.
- autorisons - n'autorisons pas que notre enfant soit pris en photo et que celle-ci soit utilisée (*à titre gratuit*) dans tout but non-commercial pour les besoins du Centre d'Animation (publicité, parution sur le site Internet de la structure).

Nous avons pris connaissance du fait qu'en dehors des périodes précises d'ouverture et de fonctionnement du Centre, l'encadrement et la responsabilité des enfants ne sont pas assurés.

A.....Le .....

**SIGNATURES Père/mère/autre représentant légal :**

\* rayer la mention inutile



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE :  GARÇON   FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIPHTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : Du DT polio Du DT coq Du Tétracoq D'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
				/ /
				/ /
				/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 <sup>ER</sup> VACCIN				
RE VaccINATION	1 <sup>er</sup> RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

---

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

---

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

*SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS*

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?  NON  OUI

---

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (PENDANT LA PÉRIODE DU SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

---

N° DE SS	N° DE TÉL.	DOMICILE	BUREAU
_____	_____	_____	_____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

---

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

**PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ARRIVÉE LE     /    /      
DÉPART LE     /    /    

Cachet de L'Organisme (siège social)

---

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR**

PAR LE MÉDECIN  (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)  
PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR  (qui indiquera ses noms et adresse)

---

---

---

**CENTRE D'ANIMATION CALVAIRE ST PIERRE**  
7 et 9 rue de la Défense passive B.P.5005  
14076 CAEN CEDEX 5

**CENTRE THIES**  
82 Avenue de Thiès  
14000 CAEN

02. 31. 93. 11. 08

02. 31. 93. 47. 40

E-Mail : [mjccacsp@wanadoo.fr](mailto:mjccacsp@wanadoo.fr)

Site : [www.cacsp.jimdo.com](http://www.cacsp.jimdo.com)

**CONDITIONS D'INSCRIPTION ET DE PARTICIPATION**  
**AU CENTRE DE LOISIRS \* A.L.S.H \***  
**2 ½ - 17 ans**

Le Centre d'Animation est une association régie selon la loi de juillet 1901 et est agréée « Education Populaire ». Elle est gérée par un Conseil d'Administration formé de membres élus chaque année en Assemblée Générale (*communiquée par voie d'affichage*) et disposés à entendre toutes propositions.

**FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF :**

Votre enfant va passer une partie de ses vacances ou les mercredis en notre compagnie mais aussi les temps de l'accueil périscolaire. Pour faciliter son inscription et répondre à certaines de vos questions, nous vous proposons de lire les conditions suivantes.

Ceci n'est qu'à titre d'informations, nous nous tenons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire. N'hésitez pas à contacter notre secrétariat au **02.31.93.11.08**.

**Pour l'inscription vous devez vous munir :**

- de votre numéro d'allocataire **C.A.F.** ou, pour la **MSA**, une attestation de paiement, car le tarif est déterminé selon votre quotient familial.
- pour les vacances d'été : les bons C.A.F. « **Aides aux Temps Libres** » si et seulement si hébergement et comprenant au minimum 4 nuitées.
- l'**imprimé C.E.** si aide de votre comité d'entreprise.
- bordereaux ou attestations pour toute aide (Mairie, C.C.A.S. ou bourses diverses)
- de votre carte d'adhérent si vous êtes inscrit sur une autre MJC **de CAEN** (pour obtenir la gratuité de l'adhésion au Centre d'Animation)

**Horaires d'ouverture :**

Pour des raisons d'organisation, il est essentiel de se tenir aux horaires des fiches techniques.  
Une possibilité d'accueil pour :

**Les 2 ½ / 17 ans**

- Les mercredis et vacances scolaires : 7h45 - 18h15 pour les jeunes déjeunant au centre  
: 8h-12h30/13h30-18h pour les jeunes ne déjeunant pas au centre.

**Les 11 / 17 ans**

- Les vendredis soirs de 20h à 22h00 accueil et mise en place de projets (activité foot en salle au gymnase du quartier, préparation de séjours, sorties culturelles, projets d'autofinancement, activités diverses ...).

**En début de période :**

Pour des raisons de sécurité, vous devez avoir remis au secrétariat les fiches de renseignements et sanitaire en double exemplaire par enfant remplis et signés de même le certificat médical si nécessaire. **Nous ne pourrions accueillir votre enfant sans ces papiers administratifs** ainsi que la feuille de prise en charge d'un mineur. Nous vous rappelons que les photocopies du carnet de santé sont exigées (uniquement les vaccins) et en double exemplaire également.

**Adhésion et frais de séjour :**

Etant une association, une adhésion est obligatoire avant de participer à une activité socio-éducative. Le montant de celle-ci est fixé par le Conseil d'Administration après avoir été proposé lors de l'Assemblée Générale. L'adhésion est valable du 1<sup>er</sup> septembre de l'année N au 31 août de l'année N+1, elle est indépendante du coût des activités et des séjours.

**L'inscription :**

Vous devez **obligatoirement inscrire** votre enfant pour **chaque période** (petites vacances et été) au plus tard une semaine avant. Votre inscription est prise en compte dès que vous avez rempli et signé la fiche d'inscription et si vous avez réglé **25% d'acompte (non remboursable)** de la somme totale des activités du Centre de Loisirs et des séjours.

**Sur le C.L.S.H. vacances** : inscription avec un minimum de 2 jours par semaine ou 4 demi-journées

**Sur le C.L.S.H. mercredis** : inscription avec un minimum de 2 mercredis par mois

Il sera possible d'inscrire votre enfant en cours de période dans la mesure des places disponibles. Toutefois, toute inscription faite en dehors du délai indiqué ci-dessus, fera l'objet d'une majoration basée sur le quotient familial pouvant s'élever de 5,00 € à 12,50 €.

**Règlement :**

La totalité d'un séjour extérieur est à régler avant le début de celui-ci. Pour le C.L.S.H. mercredis et vacances, le solde est à régler avant son terme (facilité de paiement). Concernant l'accueil périscolaire le paiement devra être soldé à réception d'une facture trimestrielle.

Tout non-paiement pourra faire l'objet d'une instruction d'application auprès des services de la C.A.F afin d'obtenir une saisie sur les prestations familiales de l'allocataire.

Notre structure se réserve le droit de refuser une inscription si la famille est en situation d'impayé.

**Annulation / Absence :**

**Avant la période réservée :**

- l'association gardera les 25 % d'acompte versés pour frais de gestion et de réservation + l'adhésion.
- en cas de force majeure (maladie ou accident), sur présentation d'un certificat médical, il sera remboursé la totalité du séjour ou dans certains cas il sera proposé un AVOIR.

**Pendant la période réservée :**

- en cas d'abandon ou même d'absence durant la période, aucun remboursement ne sera effectué.

**Les repas :**

**Une Société de restauration** nous livre des repas équilibrés en liaison froide. Les repas ne pourront être remboursés que si nous sommes prévenus :

- **pour les repas du mercredi** : au plus tard le vendredi précédent avant 16h00
- **pour les repas des vacances scolaires** : au plus tard le jeudi précédent avant 12h00

Vous devez préciser lors de l'inscription si votre enfant déjeunera au Centre et les conditions particulières (allergie, pas de porc, pas de viande, pas de poisson ou autre).

Pour toute inscription tardive qui ne pourra pas permettre la commande d'un repas, la possibilité d'apporter un panier-repas (*avec le nom de l'enfant inscrit dessus*) sera éventuellement envisagée mais facturée à hauteur de 50 % du prix d'un repas traiteur. Ce tarif comprend la prise en charge de l'enfant sur la pause déjeuner et le travail du personnel de restauration.

**En cas d'intempérie :**

Pour certaines activités extérieures, le Centre d'Animation n'est pas responsable des annulations d'activités. Aucun remboursement ne sera effectué.

**Attestation :**

Le Centre d'Animation s'engage à vous remettre une attestation de frais de garde en début d'année pour l'année N-1 qui est délivrée systématiquement pour les enfants de moins de 6 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition car déductible des impôts, au-delà de 6 ans celle-ci n'est délivrée que sur demande faite au moment de l'inscription.

**Assurances :**

Le Centre d'Animation a souscrit un contrat d'assurance à la MAIF. En cas d'accident, la MAIF vous remboursera directement les frais qui n'auront pas été pris en charge par la Sécurité Sociale et votre mutuelle. En cas de dégâts matériels, un remboursement peut être éventuellement envisagé dans la limite du contrat et moyennant une franchise (il sera pris en compte la vétusté).

Le Centre d'Animation vous conseille d'enlever tout objet de valeur lors de la pratique d'activités de votre enfant dans notre structure ou en hébergement. En cas de perte, l'assurance du Centre d'Animation ne prend pas en charge ce genre de sinistre, seule la Responsabilité Civile des parents pourra être mise en cause.

**Fait à Caen, le 01/01/18**

.....  
**M. et/ou Mme :** ..... parent(s) de(s) l'enfant(s) .....

déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement du Centre de Loisirs du Centre d'Animation du Calvaire St Pierre et en accepte les termes.

**Date et signatures :**

## AUTORISATION

### de prise en charge de votre enfant par une tierce personne

Je soussigné(e) M. ou Mme.....

autorise (préciser si c'est la grand-mère, le frère, la nourrice...)

M. et/ou Mme.....

.....

à prendre mon(*mes*) enfant(*s*) .....  
aux heures de sorties du Centre de Loisirs du Centre d'Animation du Calvaire St-Pierre.

De plus, les personnes non citées sur cette autorisation ne pourront pas récupérer un enfant sans les conditions suivantes :

- Les parents ont obligatoirement prévenu la structure par téléphone
- La(*les*) personne(*s*) venant chercher l'(*les*) enfant(*s*) est(*sont*) munie(*s*) d'un courrier daté et signé par les parents
- Présentation d'une pièce d'identité aux animateurs du centre de loisirs

### ATTENTION !!!

Les enfants âgés de moins de 12 ans ne peuvent, pour des raisons légales, récupérer leurs petits frères et/ou sœurs au Centre de Loisirs.

Nous vous signalons également que les enfants de moins de 8 ans ne pourront plus partir seuls le soir. Une personne majeure et autorisée selon les conditions ci-dessus devra obligatoirement récupérer l'(*les*) enfant(*s*).

Le :

Fait à :

Signature des parents (précédée de la mention « lu et approuvé »)