# Dossier ENFANCE 2026-27

avez-vous déjà été adhérent : ☐ OUI ☐ NON

**Date d'adhésion : ……./……./……..** ☐ Adhésion déjà réglée pour une activité socioculturelle

Type d'adhésion : ☐ Individuelle ☐ Famille

☐ Accueil de Loisirs

☐ Accompagnement Scolaire ☐ **Copie des vaccins à jour**

| **NOM / PRENOM de l'enfant** | **Date de Naissance :** …...../……./……. | **M / F** |
|---|---|---|
| **Nom/prénom du responsable légal** | | |
| **Adresse :** | | |
| **Code Postal :** | **Ville :** | |
| **N° téléphone** du responsable légal : | | |
| **Email** du responsable légal : | | |
| **Régime Allocataire :** ☐ CAF ☐ MSA (cochez la case correspondante) | | |
| **N° ……** | **Quotient Familial : ……** | |
| **Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ?** (Allocation Handicap) | ☐ **OUI** ☐ **NON** | |
| **Ecole fréquentée :……** | **Classe / niveau : ……** | |

**Autorisez-vous l'enfant à PARTIR SEUL.E** ? : ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné.e, ……..

responsable légal(e) de l'enfant : ……

déclare l'autoriser à quitter seule les locaux de la Maison Pour Tous – Centre social du Guelmeur et/ou les locaux du centre de loisirs (école du Forestou).

**Personnes autorisées à récupérer votre enfant à** la fin de l'activité.

| **NOM – Prénom** | **Lien de parenté** ou autre avec l'enfant. | **Coordonnées téléphoniques** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | |
| OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | OUI ☐ NON ☐ | |

INFORMATIONS UTILES POUR ACCUEILLIR AU MIEUX VOTRE ENFANT

**Un régime alimentaire particulier ?**
Aucun ☐ Repas sans viande ☐ Repas sans porc ☐ Autres ☐ ……

**Des allergies connues :** (par exemple : asthme, alimentaire, médicamenteuse…)
……
……
……

**Dispose-t-il d'un PAI ?** : ☐ **OUI*** ☐**NON**
**le Projet d'Accueil Individualisé doit être signé par un médecin et être transmis à la direction de l'accueil de loisirs, sous enveloppe. Le traitement ou dispositif médical prévu par le PAI, doit être à la disposition permanente de l'équipe d'animation dès lors que votre enfant est présent à l'accueil de loisirs. Pour toute précision ou interrogation, vous pouvez nous contacter par mail :* enfance@mptguelmeur.fr

**Des habitudes ou des éléments que vous souhaitez porter à notre connaissance :** *(l'équipe de l'accueil de loisirs est par ailleurs joignable par mail enfance@mptguelmeur.fr ou par téléphone au 07 60 35 03 68)*
……
……
……

**Nous sommes à votre disposition pour vous faire découvrir le centre de loisirs et son fonctionnement sur simple demande auprès de la direction. Pour cela n'hésitez pas à nous contacter (cf. contacts ci-dessus).**

**En adhérant à l'association** Maison pour tous du guelmeur
**je deviens adhérent(e) de la Fédération Léo Lagrange, mouvement d'éducation populaire (plus d'informations sur www.leolagrange.org). En conséquence :**

- Je bénéficie, dans le cadre des activités de mon association, d'une assurance responsabilité civile, défense, indemnisation des dommages corporels, recours et protection juridique. L'assurance responsabilité civile me couvre en cas de faute, imprudence ou négligence. Elle ne me couvre pas en cas de faute intentionnelle et ne me préserve pas d'éventuelles poursuites pénales.
- **J'ai été informé(e) que je bénéficie pendant toute la durée de mon adhésion et SANS coût supplémentaire, des services de l'Association Léo Lagrange pour la défense des consommateurs (ALLDC).**

**Droit à l'image**

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**
la prise de vue, la reproduction et la publication de mon image [ou de celle de mon/mes enfant(s) adhérent(s)]
afin d'illustrer les publications sur support papier et/ou numérique destinées à un public interne ou externe de l'association

Je déclare avoir pris connaissance de l'objet, des valeurs, des statuts et du règlement Intérieur de la Maison Pour Tous-Centre social du Guelmeur (consultables sur notre site internet ou au secrétariat). **En signant ce document, je m'engage à les respecter et certifie de l'exactitude des informations renseignées sur ce document.**

**J'autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à prendre toutes mesures urgentes rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant** (hospitalisation, intervention chirurgicales, traitement médical).

**Brest, le _ _ / _ _ / 20 _ _** **Signature :**

Une association agréée leo lagrange FEDERATION