

N° Sécurité Sociale (Copie carte vitale à joindre) \_\_\_\_\_  
Mutuelle (Copie carte de mutuelle à joindre) \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) \_\_\_\_\_

**Vaccination** : Tableau à compléter ou joindre une copie du carnet de santé

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					

**Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéole : oui  non  varicelle : oui  non  Scarlatine : oui  non   
Coqueluche : oui  non  Otite : oui  non  Rougeole : oui  non   
Angine : oui  non  Oreillons : oui  non

**Je soussigné(e),** \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du Centre des Abeilles à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du Centre à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui seraient avancés par la structure.

**Date :**

**Signature :**

**ADHESION :**

**INDIVIDUELLE**  **FAMILLE**

**N° ADH 2023/2024 :**

Si adhésion famille merci compléter également une fiche famille « verte ».

**MONTANT ADHESION :** \_\_\_\_\_ € **ESPECES**  **CHEQUES**  **VIREMENT**

**QUOTIENT FAMILIAL :** \_\_\_\_\_ € Joindre une attestation CAF ou MSA

NEWSLETTER « Dizale aux Abeilles » **Déjà abonné**  **Je souhaite m'abonner**

**AUTORISATIONS, DIVERS :**

**Je soussigné(e),** \_\_\_\_\_,  
- déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur** du centre des abeilles (affiché dans les salles du Centre) et avoir bien noté que le remboursement d'une activité n'intervient qu'en cas de force majeure, sur demande écrite accompagnée d'un justificatif et que c'est la date de réception de mon courrier qui sert de point de départ à l'éventuel remboursement ; le montant de l'adhésion restant dans tous les cas acquis à l'association.  
- **autorise l'utilisation de l'image des membres de ma famille par le centre des abeilles** (Journal de quartier, site internet, Facebook, affiches...) et la presse locale. (Rayer les mentions inutiles...)  
- **accepte de recevoir les mails, newsletters, courriers, appels téléphoniques**, m'informant des actualités du Centre (Rayer les mentions inutiles...)  
- **Mention RGPD** : Conformément à la loi n° 78- du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Loi Informatique et Libertés », et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, dit « Règlement Général sur la Protection des Données » ou « RGPD », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement, de retrait et de portabilité de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant par email à l'adresse suivante : [contact@centredesabeilles.fr](mailto:contact@centredesabeilles.fr), sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

**Date :**

**Signature :**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON / FICHE D'ADHESION

- CENTRE DE LOISIRS  
 ACCUEIL JEUNES  
 ACCOMPAGNEMENT A LA SCOLARITÉ

QF : \_\_\_\_\_

**NOM DU JEUNE :** \_\_\_\_\_

**PRENOM** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ **AGE** \_\_\_

**GENRE :** \_\_\_\_\_

### **RESPONSABLE DU JEUNE :**

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRENOM** \_\_\_\_\_

**ADRESSE** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_

Si Quimpérois préciser votre **quartier** : \_\_\_\_\_

### **Numéros de téléphone :**

**Mère :** Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**Père :** Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**Jeune :** Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom/téléphone) :**  
\_\_\_\_\_

### **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :**

Le jeune suit-il **un traitement médical** : 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 pris sans ordonnance.**

**Allergies :** Asthme : oui  non  Médicamenteuses oui  non   
Autres : oui  non  Alimentaires oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :** (si automédication signaler) \_\_\_\_\_

**Indiquer ci-après, les difficultés de santé** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents** (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_