



**CENTRE SOCIO CULTUREL  
MATHIDE DIVOY PECCAVET  
5, RUE DE L'ÉGLISE  
08500 LES MAZURES**



**CENTRE SOCIO-CULTUREL  
Mathilde Divoy-Pecavet  
5, rue de l'église  
08500 Les Mazures**



# Dossier enfant 2022



Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

**A joindre avec le dossier :**

- Dernier avis d'imposition
- Assurance responsabilité civile 2021-2022
- Photocopie des vaccinations



**Cadre réservé au secrétariat du centre socio culturel**

**Dossier reçu le :**

**Transmis au Centre Socio Culturel le :**

**Retourné à la famille pour complément le :**

Dossier complet

le



CENTRE SOCIO CULTUREL  
MATHILDE DIVOY PECCAVET  
5, RUE DE L'ÉGLISE  
08500 LES MAZURES

Les autorisations parentales Année 2022



**AUTORISATION MEDICALE**

Père	mère	tuteur	tutrice

Je soussigné (e) ..... de l'enfant:.....(nom et prénom) qui fréquente le Centre Socio Culturel Mathilde Divoy-Peccavet de la commune de Les Mazures, autorise le responsable de l'accueil de loisirs à faire donner les premiers soins nécessaires à mon enfant en cas de nécessité.

**Pour les petites urgences:**

- Par le **Docteur Marine DEHAS** Médecin généraliste 733 Rue Pasteur 08150 Rimogne
- **Pour les cas les plus urgents**, de le faire hospitaliser et soigner au Centre Hospitalier de Manchester. Ainsi que de faire intervenir les pompiers et/ou SAMU.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux encourus soit auprès du centre Socio Culturel ou directement aux services concernés.

**Personne(s) à prévenir en cas d'urgence et/ou d'accident:**

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Fait à.....Le.....2022

Signature du représentant légal



**CENTRE SOCIO CULTUREL  
MATHILDE DIVOY PECCAVET  
5, RUE DE L'ÉGLISE  
08500 LES MAZURES**



## Autorisations parentales 2022

### AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné (e) .....agissant en qualité de :

Père	mère	tuteur	tutrice

de l'enfant:.....(nom et prénom) qui fréquente le Centre Socio Culturel Mathilde Divoy-Peccavet de la commune de Les Mazures, autorise mon enfant à:

	9h00	12h00	13h30	17h30	à.....
A venir seul de mon domicile jusqu' au centre à					
Quitter le centre seul jusqu' à mon domicile à					
A repartir seul de la descente du bus jusqu' à mon domicile le soir à.... (Pour les enfants prenant la navette de transport)					
A repartir avec les personnes autorisées ci-dessous à					

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone



CENTRE SOCIO CULTUREL  
MATHIDE DIVOY PECCAVET  
5, RUE DE L'EGLISE  
08500 LES MAZURES

**Si un enfant inscrit n'est pas présent, la responsable appellera les familles**  
***Toute absence doit être signalée au directeur le jour même avant 8h00.***

***Les enfants de + de 8 ans seront autorisés à repartir chez eux (avec autorisation parentale écrite). Les enfants de moins de 8 ans doivent obligatoirement être accompagnés et repris par une personne de plus de 18 ans au centre.***

**Fait à.....Le.....2022**

**Signature du représentant légal :**



Centre Socio Culturel  
Mathilde Divoy-Peccavet  
5, rue de l' église  
08500 LES MAZURES

*Fiche de renseignements famille*  
2022

*Renseignements concernant l'a famille:*

Nom: ..... Prénom: .....  
Adresse Familiale:.....  
.....  
.....  
Code postal:..... COMMUNE/VILLE:.....  
Tél. Domicile: ..... Tél. Portable:.....  
Adresse Email:.....@.....

*Veillez indiquer S.V.P tous les enfants de la famille*

Nom et prénom	Date et lieu de naissance

*Aide-Participation*

Chèques loisirs: oui                      non

Comité d'entreprises:

*(Les joindre à l'inscription)*



**CENTRE SOCIO CULTUREL  
MATHILDE DIVOY-PECCAVET  
5, RUE DE L'ÉGLISE  
08500 LES MAZURES**



## **Autorisations parentales 2022**

**\*« Photos/Vidéos »**

**\*Pour les sorties avec ou sans transport**

**\*Participation aux activités du Centre Socio Culturel**



**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

Je soussigné (e) .....responsable de  
l'enfant:.....(nom et prénom) qui fréquente le  
Centre Socio Culturel Mathilde Divoy-Peccavet de la commune de Les Mazures :

-autorise le centre et l'équipe d'animation à Filmer/Photographier mon enfant et à utiliser ces photos/vidéos prises dans le cadre des activités du centre pour réaliser : des photos de groupes, des affiches dans le centre, des réalisations créatives, le journal du centre, les flyers de communication de la structure diffuser sur le territoire ainsi que les utiliser pour : Les expositions, Conseil d'administration et Assemblée générale du Centre, la création de livre photo souvenirs, les archiver sur CD-ROM, les publier dans la presse quotidienne régionale ainsi que dans la communication Municipale (Bulletin municipal...) et les diffuser à travers les moyens de communication du centre (site internet, flyer, .....) ainsi que dans les moyens de communications de nos partenaires (flyer, site internet, presse, bulletin municipal communal...).

-autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre ainsi qu'aux sorties avec ou sans transport (bus 7 places ou 22 places ou 59 places) dûment encadrées par l'équipe d'animation du Centre Socio Culturel.

Fait à....., le.....2022

Signature du représentant légal :

Régime:

Régime Allocataire (CAF/ MSA/ ..autre.):

N° allocataire:

Caisse (adresse):

Sécurité Sociale

Centre de S.S:

N° de S.S du père

N° de S.S de la mère



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....





**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....