



Maison pour Tous du Valy-Hir: 2025-2026

Cocher la ou les cases concernées :

N° F.O.L:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALSH (Vacances et mercredis) | <input type="checkbox"/> ALSH Kervallan | <input type="checkbox"/> Accueil éducatif | <input type="checkbox"/> Séjour |
| <input type="checkbox"/> Jeunes Valy-Hir | <input type="checkbox"/> Jeunes Quéliverzan | <input type="checkbox"/> Jeunes kervallan | |
| <input type="checkbox"/> Halte-garderie Quéliverzan Maternelle | <input type="checkbox"/> Halte-garderie Quéliverzan Primaire | | |

Pièces à fournir :

- **Le justificatif du Quotient familial CAF (voir détail)**
- **Un certificat d'aptitude aux activités physiques et sportives**
- **Photocopie des vaccins (obligatoire)**

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

Fille **Garçon**

N° Téléphone Portable :

En cas de séparation : merci de nous joindre la copie du jugement.

Représentant légal : Père Mère Les deux Autre

Si autre, merci de préciser :

NOM et Prénom :

Adresse de facturation :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Facturation à adresser à : Père Mère Les deux

NOM du Père :

Prénom du père :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

NOM de la Mère :

Prénom de la mère :

Adresse (si différente) :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

Profession :

Employeur et N° de téléphone :

Profession :

Employeur et N° de téléphone :

Allocataire : C.A.F. **N° allocataire (obligatoire)**.....

M.S.A. **Autres (à préciser)**

Quotient familial de la CAF

Les tarifs de l'accueil de loisirs s'appuient sur le quotient familial établi par la CAF (**sans connaissance de votre quotient familial le tarif appliqué sera le plus élevé**) ;

La CAF, dans le cadre d'une convention qui a reçu l'agrément de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.), permet à la MPT d'accéder sur internet à cette information.

J'autorise la MPT à consulter le quotient familial sur le site de CAF PRO

Ecole de l'enfant :

Classe :

Autorisation droit à l'image

Par la présente, je soussigné(e)..... (Nom du parent ou tuteur légal)
 J'autorise que l'enfant mineur (Nom, prénom du mineur) soit photographié(e) et/ou filmé(e) et que les supports soient utilisés pour faire la promotion des services de la Maison pour Tous du Valy-Hir:

- sur son Site internet www.mpt-valy-hir.infini.fr, et page Facebook et Instagram, dans la presse locale, à l'Accueil de loisirs (journal de bord, fresques ...), dans les locaux de la MPT.

Je refuse que l'enfant mineur (nom, prénom du mineur) soit photographié(e) et/ou filmé(e).

En foi de quoi, j'accepte et comprends la présente. De plus, je déclare avoir requis, si je le considérais utile, toute information supplémentaire et avoir souscrit toute consultation juridique ou autre si je le considérais utile pour bien comprendre la portée de mon consentement en tant que parent ou tuteur légal de la personne mineur.

Autorisation de départ de l'enfant avec un tiers

Je déclare autoriser M. Mme ou Melle :

.....
Téléphone :.....

.....
A venir chercher l'enfant mineur :(Nom, prénom).....
.....

Autres autorisations à compléter impérativement

- **Je m'engage** à accompagner l'enfant mineur jusqu'à la salle d'activité.
- **Je décharge** les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'Accueil de loisirs.
- **J'autorise** l'association à faire transporter l'enfant mineur pour les besoins des activités de l'Accueil de loisirs : en voiture, minibus (par l'équipe d'animation), par des moyens de transports collectifs : cars, bus, tram, train, bateau.....
- **Je m'engage** à régler la cotisation et les factures inhérentes aux activités choisies (les factures sont établies une fois par mois et sont à régler tous les mois, soit : **par chèques, espèces, CB, prélèvement SEPA.**
- **J'autorise** la MPT à traiter sur un support informatique les informations concernant cette adhésion.
Fichier de données déclaré à la CNIL sous le numéro 2094796 v0. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant à la MPT.
- **Les projets** pédagogiques des secteurs enfance et jeunesse sont consultables sur demande des familles auprès des responsables de secteurs.

J'autorise l'enfant mineur à quitter seul(e) l'enceinte de l'Accueil de loisirs dès la fin des activités (il doit être âgé de plus de 9 ans).

J'autorise l'enfant mineur à participer à l'ensemble des activités physiques et sportives proposées, dont la baignade.

J'autorise la MPT à créer mon espace personnel sur le portail famille en ligne « Connecthys ».

Je demande la désactivation de mon espace personnel « Connecthys ».

Tournez svp 

Selon l'article L227-5 du code de l'action sociale et des familles : « les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L.227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.

Souhaitez-vous recevoir par mail :	Oui	Non	Se désabonne
- le programme des activités enfants et jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les programmes des animations et fêtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les informations statutaires (conseil d'administration, assemblée générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la facture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fiche sanitaire de liaison 2025-2026

Joindre une copie des vaccinations obligatoires (DT polio) ou un certificat médical de contre-indication aux vaccinations.

Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Rubéole	varicelle	angine	rhumatisme	scarlatine	coqueluche	otite	rougeole	oreillons
Oui									
non									

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 et avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Régime alimentaire : Repas sans porc PAI Préciser.....

PAI : Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non

Autres préciser :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles des parents ou tuteurs : l'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives... ?

.....
.....

A compléter uniquement pour les enfants en situation de handicap

- Afin d'accompagner au mieux l'enfant (moyens humain et matériel) et de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer le type de handicap :

.....
.....

- Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? : oui non

- A t-il un dossier MDPH ou une demande en cours ? : oui non

Si oui, est-il accompagné par une AESH ? oui non

- Pour une coordination des actions, autorisez-vous l'équipe de la Maison pour Tous à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? : oui non

Si oui, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui le suivent :.....

.....
.....

En cas d'urgence :

Personne à prévenir : Père : tel..... Mère : tel.....

Autre : nom, prénom, tel.....

Médecin traitant :

NOM, adresse et téléphone :

Le(s) responsable(s)

J'autorise les responsables de la MPT, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Je soussigné(e) responsable légal du mineur,
.....(Nom, Prénom) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

« Lu et approuvé »

Fait à....., **Date**.....

Signature responsable légal,