

SEJOUR Jeunesse à La Rincerie du 29 juin au 3 juillet 2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET FICHE D'INSCRIPTION



L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance : Age : ans Quotient Familial (obligatoire) :

DROIT A L'IMAGE

☐ Autorise, sans réserve ni restriction aucune, l'association Cercle Paul Bert, Amicale laïque de Rennes affiliée à la Ligue Française de l'Enseignement et de l'Education Permanente, N SIRET : 777 746 702 000 11, APE : 9312Z, Licences 1-2-3 en cours de renouvellement, dont le siège social est situé au 30 bis Rue de Paris, BP 60401, 35704 Rennes cedex 7, à reproduire et à diffuser toutes images de mon enfant photographiées et/ou filmées pour une communication au public sur tous supports, y compris par voie d'édition de produits multimédias, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés. En conséquence, je cède à l'association Cercle Paul Bert, tous droits d'adaptation, de représentation et de reproduction se rapportant à l'utilisation de son image, de sa voix et de son nom, de façon dissociée ou non, dans le cadre de la réalisation de photographies et/ou de vidéos destinées à être diffusées dans un cadre non commercial, des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître. Je reconnais donner à l'association la présente autorisation et accorder la cession des droits ci-dessus exposés, à titre gracieux.

☐ N'autorise pas à reproduire ou diffuser toutes images de mon enfant.

RESPONSABLE LÉGAL 1

* Ces éléments n'ont pas besoin d'être remplis à nouveau s'ils sont identiques à ceux de l'enfant

Nom : Prénom : Situation familiale (ex. : **Marié**) :

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Email : @ Tél. 1 : Tél. 2 :

RESPONSABLE LÉGAL 2

* Ces éléments n'ont pas besoin d'être remplis s'ils sont identiques à ceux du responsable Légal 1

Nom : Prénom : Situation familiale (ex. : **Veuf**) :

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Email* : @ Tél. 1 : Tél. 2 :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant 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**)

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

	RUBÉOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	ANGINE	OTITE
OUI									
NON									

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Médicaments ☐ Aliments ☐ Autre (préciser)

RÉGIMES : ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Sans poisson

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

N° Sécurité Sociale L'enfant bénéficie-t-il : ☐ CMU ☐ Pris en charge Sécurité Sociale ☐ Mutuelle **Si oui, fournir les attestations**

INFORMATIONS UTILES : Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les

précautions à prendre :

Dans le cas où tout ne tiendrait pas sur ces quelques lignes, merci de nous faire parvenir un document type « PAI »

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, fait-il pipi au lit, s'il s'agit d'une fille est-elle réglée etc.)

À FOURNIR : LA COPIE DES VACCINS mentionnant Nom, Prénom et Date de Naissance sur chaque page & UN TEST d'AISANCE AQUATIQUE validé par maître nageur si vous en avez un (non obligatoire)

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

Fait à : le

Signature:

SEJOUR Jeunesse à Brem sur Mer du 6 au 10 juillet 2026

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET FICHE D'INSCRIPTION



L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance : Age : ans Quotient Familial (obligatoire) :

DROIT A L'IMAGE

☐ Autorise, sans réserve ni restriction aucune, l'association Cercle Paul Bert, Amicale laïque de Rennes affiliée à la Ligue Française de l'Enseignement et de l'Education Permanente, N SIRET : 777 746 702 000 11, APE : 9312Z, Licences 1-2-3 en cours de renouvellement, dont le siège social est situé au 30 bis Rue de Paris, BP 60401, 35704 Rennes cedex 7, à reproduire et à diffuser toutes images de mon enfant photographiées et/ou filmées pour une communication au public sur tous supports, y compris par voie d'édition de produits multimédias, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés. En conséquence, je cède à l'association Cercle Paul Bert, tous droits d'adaptation, de représentation et de reproduction se rapportant à l'utilisation de son image, de sa voix et de son nom, de façon dissociée ou non, dans le cadre de la réalisation de photographies et/ou de vidéos destinées à être diffusées dans un cadre non commercial, des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant pourrait apparaître. Je reconnais donner à l'association la présente autorisation et accorder la cession des droits ci-dessus exposés, à titre gracieux.

☐ N'autorise pas à reproduire ou diffuser toutes images de mon enfant.

RESPONSABLE LÉGAL 1

* Ces éléments n'ont pas besoin d'être remplis à nouveau s'ils sont identiques à ceux de l'enfant

Nom : Prénom : Situation familiale (ex. : **Marié**) :

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Email : @ Tél. 1 : Tél. 2 :

RESPONSABLE LÉGAL 2

* Ces éléments n'ont pas besoin d'être remplis s'ils sont identiques à ceux du responsable Légal 1

Nom : Prénom : Situation familiale (ex. : **Veuf**) :

Adresse* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

Email* : @ Tél. 1 : Tél. 2 :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant 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**)

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

	RUBÉOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	ANGINE	OTITE
OUI									
NON									

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Médicaments ☐ Aliments ☐ Autre (préciser)

RÉGIMES : ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Sans poisson

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

N° Sécurité Sociale L'enfant bénéficie-t-il : ☐ CMU ☐ Pris en charge Sécurité Sociale ☐ Mutuelle **Si oui, fournir les attestations**

INFORMATIONS UTILES : Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les

précautions à prendre :

Dans le cas où tout ne tiendrait pas sur ces quelques lignes, merci de nous faire parvenir un document type « PAI »

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, fait-il pipi au lit, s'il s'agit d'une fille est-elle réglée etc.)

À FOURNIR : LA COPIE DES VACCINS mentionnant Nom, Prénom et Date de Naissance sur chaque page & UN TEST d'AISANCE AQUATIQUE validé par maître nageur si vous en avez un (non obligatoire)

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

Fait à : le

Signature: