

1/ Renseignement Enfant

Nom Prénom
 Age Date de naissance
 Lieu de naissance Département

2/ Renseignements Parents

Nom Prénom
 Travaille pour le groupe Crédit Agricole : Mère Père
 Matricule IUG :
 Lieu de travail (ville) :

Filiale : UES CASA UES AMUNDI CA-GIP CA-CIB CAPS
 CA IMMO CA IMMO PROMOTION CA IMMO SERVICES CA INDOSUEZ WEALTH GROUP

Adresse personnelle
 Code postal Ville
 Tél. bureau mère Tél bureau père
 Tél. mobile mère Tél mobile père
 @mail

3/ Renseignements médicaux

Je soussigné(e), Mme, Mr :
 certifie que mon enfant, NOM..... Prénom..... né(e) le..... Sexe.....

est à jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes) :

Scarlatine Otite Rougeole Rubéole Angines
 Rhumatismes Oreillons Coqueluche Varicelle Autre

L'enfant suit-il un traitement :

Oui Non Si oui, lequel :
 (Joindre l'ordonnance et les médicaments dans leurs emballages d'origine)

Taille de l'enfant : Poids : kg Pointure :

Votre enfant est-il concerné par des allergies de type :

Alimentaires* Précisez :
 Médicamenteuse Précisez :
 Asthme Précisez :
 Autres Précisez :

*Allergies alimentaires : afin de garantir la sécurité des enfants, l'accueil de mineurs concernés par des allergies alimentaires spécifiques, requiert la mise en place d'un accompagnement et de procédures personnalisées. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies alimentaires, vous devez en informer le centre dans les plus brefs délais dès réception du présent document par mail : manet.sec@ucpa.asso.fr en précisant impérativement la liste des aliments auxquels votre enfant est allergique et qui nécessite un suivi personnalisé.

Votre enfant est-il concerné par un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladies, accident, crises, port de lunette...)

Oui Non Si oui, lesquelles et précautions à prendre :

4/ Assurance annulation / interruption / individuelle accident

L'UCPA a souscrit une assurance en responsabilité civile pour le compte des participants à ses activités, pour les dommages causés à autrui à l'occasion d'un programme et dont ils pourraient être déclarés responsables.

Nous vous rappelons que ces assurances ne sont pas comprises dans le prix de l'accueil. Afin d'apporter à votre enfant les meilleures conditions d'assistance, l'UCPA vous conseille vivement de souscrire un contrat d'assistance et individuelle accident pour garantir la sécurité de votre enfant. Certains contrats (auto, habitation, assurance scolaire...) peuvent parfois inclure des garanties d'assistance, mais elles sont souvent restrictives. En cas d'accident et d'impossibilité pour l'UCPA d'identifier l'assureur/assistant, l'UCPA fera appel à Mutuaide et vous demandera le remboursement des sommes avancées.

5/ Autorisation de prendre votre enfant en photo ou en vidéo

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite de temps ni de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos et vidéos à l'ensemble de ses filiales qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions.

Je, soussigné(e), M. Mme parent(s) ou responsable légal de

Autorise / N'autorise pas * la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte précédemment exposé. (* Rayer la mention inutile)

6/ Autorisation de prise en charge de votre enfant

Je soussigné(e) Mr*, Mme*..... Père*, Mère*, Tuteur*, investi de l'autorité parentale* ou de la garde de l'enfant mineur autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant à la fin de la journée :

Mr*, Mme* Mr*, Mme*

* rayer les mentions inutiles

7/ En cas d'urgence

La personne à contacter en mon absence est : lien de parenté Oui Non Si oui, précisez :

NOM Prénom

Adresse

Code postal Ville

Tél mobile Tél bureau

8/ Autorisation de soins médicaux (à remplir par les parents)

TRÈS IMPORTANT

Je soussigné(e)
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Autorise les responsables de l'UCPA à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

NOM Prénom.....

- Je m'engage à rembourser à l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte.

- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités sportives prévues lors de l'accueil et autorise mon enfant à pratiquer cette/ces activités.

- Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des **conditions générales d'inscription** et d'assurance du site (<http://manet.ucpa.com>), des modalités particulières d'inscription en cas d'allergies ou de traitement médical nécessitant un suivi personnalisé et du règlement intérieur du centre.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de la présente fiche de liaison.

Fait à le

Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

Cette fiche de liaison est à envoyer à manet.sec@ucpa.asso.fr afin de créer votre espace famille où il faudra mettre à jour à nouveau ces informations.