

FICHE D'INSCRIPTION - CENTRE ADOS - 2020-2021

Renseignements sur le jeune :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tél :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

Renseignements sur les personnes responsables :

Nom et Prénom du Tuteur légal 1 :

Tél domicile :/...../...../...../...../...../..... Tél portable :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

Nom et Prénom du Tuteur légal 2 :

Tél domicile :/...../...../...../...../...../..... Tél portable :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

N° Allocataire CAF : Autre régime :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Informations Sanitaire concernant le jeune :

Poids : Taille : Groupe sanguin :

Médecin traitant :/...../...../...../...../...../.....

Le jeune suit-il un **traitement** : OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origines marquées au nom du jeune avec la notice).

Le jeune présente-t-il un **problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,...) ? Il y a-t-il des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter, si oui lesquels ?

.....

.....

Vaccinations et éventuelles allergies :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Allergies	Informations... <small>Signes évocateurs et conduite à tenir</small>
Diphtérie		Asthme	
Tétanos		Alimentaires	
Poliomyélite/DTpolio / tétracoq		Médicamenteuses	
BCG		Autres :	

Autorisation parentale (ou du tuteur ou de la tutrice) :

Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal)

- **Certifie exacts les renseignements** inscrits sur cette fiche d'inscription.
- **Autorise les responsables du centre de Melesse** à présenter mon enfant au médecin de permanence et à l'hospitaliser en cas d'urgence, et **je m'engage** à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.
- **Déclare avoir pris connaissance** du règlement intérieur, des projets éducatif et pédagogique du centre ados.
- **Autorise mon enfant** à fréquenter le centre ados, à participer aux activités et aux sorties.
- **Certifie avoir souscrit une assurance périscolaire**, la Mairie possédant une responsabilité civile (celle-ci peut être consultée par les parents en Mairie).
(Organisme Assureur + N° de contrat :))
- Autorise la diffusion de la (les) photographie(s) et autres documents filmés de mon enfant sur divers supports (bulletin municipal, blog, Facebook ...): OUI NON
- Autorise, mon enfant à quitter seul le centre ados après 22h30 lors des soirées.
- Toute autre autorisation spécifique doit être donnée aux animateurs sous forme de mot écrit.

Fait à Le

Signatures des responsables légaux du mineur

FICHE D'INSCRIPTION - CENTRE ADOS - 2020-2021

Renseignements sur le jeune :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tél :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

Cotise
1€

Renseignements sur les personnes responsables :

Nom et Prénom du Tuteur légal 1 :

Tél domicile :/...../...../...../...../...../..... Tél portable :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

Nom et Prénom du Tuteur légal 2 :

Tél domicile :/...../...../...../...../...../..... Tél portable :/...../...../...../...../...../.....

Adresse complète :

Adresse Mail : @

N° Allocataire CAF : Autre régime :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Informations Sanitaire concernant le jeune :

Poids : Taille : Groupe sanguin :

Médecin traitant :/...../...../...../...../...../.....

Le jeune suit-il un **traitement** : OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origines marquées au nom du jeune avec la notice).

Le jeune présente-t-il un **problème de santé particulier nécessitant la transmission d'informations médicales** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,...) ? Il y a-t-il des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter, si oui lesquels ?

.....

.....

Vaccinations et éventuelles allergies :

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Allergies	Informations... <small>Signes évocateurs et conduite à tenir</small>
Diphtérie		Asthme	
Tétanos		Alimentaires	
Poliomyélite/DTpolio / tétracoq		Médicamenteuses	
BCG		Autres :	

Autorisation parentale (ou du tuteur ou de la tutrice) :

Je soussigné(e) (nom et prénom du responsable légal)

- **Certifie exacts les renseignements** inscrits sur cette fiche d'inscription.
- **Autorise les responsables du centre de Melesse** à présenter mon enfant au médecin de permanence et à l'hospitaliser en cas d'urgence, et **je m'engage** à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.
- **Déclare avoir pris connaissance** du règlement intérieur, des projets éducatif et pédagogique du centre ados.
- **Autorise mon enfant** à fréquenter le centre ados, à participer aux activités et aux sorties.
- **Certifie avoir souscrit une assurance périscolaire**, la Mairie possédant une responsabilité civile (celle-ci peut être consultée par les parents en Mairie).
(Organisme Assureur + N° de contrat :))
- Autorise la diffusion de la (les) photographie(s) et autres documents filmés de mon enfant sur divers supports (bulletin municipal, blog, Facebook ...): OUI NON
- Autorise, mon enfant à quitter seul le centre ados après 22h30 lors des soirées.
- Toute autre autorisation spécifique doit être donnée aux animateurs sous forme de mot écrit.

Fait à Le

Signatures des responsables légaux du mineur