FICHE D'INSCRIPTION – CENTRE ADOS – 2025-2026

Cotise **5€**

Renseignements sur le jeune :

NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse complète : .....

Adresse Mail : ..... @ .....

Renseignements sur les personnes responsables :

Nom et Prénom du responsable 1 : .....

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

Adresse complète : .....

Adresse Mail : ..... @ .....

Nom et Prénom du responsable 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...** Signes évocateurs et conduite à tenir
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. ***Voir site Internet***
- **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 : .....)

Fait à ..... Le .....

Signatures des responsables légaux du mineur