

CLUB ADOS

5 rue de Malauzat
63119 CHATEAUGAY

E-Mail : clubados@chateaugay.fr

Téléphone : 07 89 43 52 31



SERVICE ENFANCE JEUNESSE

DOSSIER D'INSCRIPTION

CLUB ADOS | 2018-2019

Dossier d'inscription pour l'accueil périscolaire et l'accueil extra-scolaire

RENSEIGNEMENTS ENFANT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Lieu de naissance :
Adresse :	
Téléphone domicile :	Téléphone ados :
Téléphone portable :	E-mail :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :	responsable légale de l'enfant.
Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :	
Nom : Prénom : Lien de parenté : Téléphone :	
Nom : Prénom : Lien de parenté : Téléphone :	
Nom : Prénom : Lien de parenté : Téléphone :	
Mon enfant sait nager : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Joindre un brevet de natation de 25mètres à défaut le port des brassards est obligatoire.	
A partir seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> joindre une autorisation manuscrite datée et signée	
A participer à toutes les activités sportives et toutes les sorties en car organisées par le club ados oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Droit à l'image pour photographier votre enfant et diffuser les photos (Bim, journal etc...) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS PARENTS

<u>Père de l'enfant</u> : responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nom..... Prénom..... Date de naissance :...../...../..... à..... Adresse..... Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Situation familiale Marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Profession..... Nom de l'employeur..... Téléphone travail.....	<u>Mère de l'enfant</u> : responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nom..... Prénom..... Date de naissance :...../...../..... à..... Adresse..... Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Situation familiale Marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Profession..... Nom de l'employeur..... Téléphone travail.....
--	---

Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Nom..... Date de naissance :...../...../..... à..... Adresse..... Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Profession..... Téléphone travail.....	Responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Prénom :..... Nom de l'employeur..... N° du poste.....
---	---

SITUATION DE FAMILLE

Nb enfant a charge.....	
Régime : général <input type="checkbox"/> M.S.A <input type="checkbox"/> E.D.F .G.D.F . S.N.C.F <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> lequel.....	
N° allocataire C.A.F :	N° allocataire M.S.A :.....
Nom de l'allocataire :.....	Caisse :
<u>Responsabilité civile :</u> Compagnie..... Date expiration du contrat :/...../.....	<u>Individuelle accident :</u> Compagnie..... Date expiration du contrat/...../.....
JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DES CONTRATS ASSURANCES.	

Je soussigné(e) nom et prénom :

Déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant ci-dessous.

Déclare être en possession du règlement intérieur du restaurant scolaire, de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

A..... Le /..... /.....

Signature,

**A REMETTRE AU CLUB ADOS
AVEC LA FICHE SANITAIRE ET LES PHOTOCOPIES NECESSAIRES**

FICHE SANITAIRE 2018-2019

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

N° Sécurité sociale :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :

.....

Téléphone :

L'enfant est-il allergique : oui ☐ non ☐

Alimentaires ☐ **Asthme** ☐

Médicamenteuses ☐

Autres ... ☐

Laquelle :

L'enfant suit-il un régime alimentaire :

Oui ☐ non ☐ **Lequel**

.....

Précisez les symptômes :

.....
.....
.....
.....

Précisez la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....
.....

Un P.A.I (projet d'accueil individualisé) a-t-il été établi avec le médecin scolaire :

oui ☐ non ☐

Joindre une photocopie du dossier et les médicaments nécessaires

Notez ci-dessous tout ce qui peut vous sembler être utile (recommandations, précautions à prendre) etc.

.....
.....
.....
.....
.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?			
Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou faire des photocopies)					
Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandes	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq				-	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Je soussigné(e) nom et prénom :responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable ou l'animateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (consultation d'un médecin, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise à faire soigner mon enfant et/ou faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin : oui ☐ non ☐

Si vous ne donnez pas votre accord veuillez le confirmer par écrit.

A..... Le /..... /.....

Signature,

A REMETTRE AVEC VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION ET VOS PHOTOCOPIES.