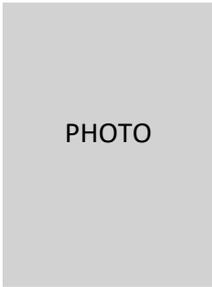


CLUB ADOS 12/17 ANS

N° Dossier :

N° Familles :

CENTRE D'ANIMATION DE Villeneuve
63 rue de l'Argentière – 83600 FREJUS – Tel : 04 94 52 79 21



PHOTO

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025 (Valable du 1^{er} Septembre 2024 au 31 août 2025)

Attention, pour les périodes de vacances, une réservation systématique est nécessaire car le nombre de places est limité, à confirmer par mail ou par le biais du coupon de réservation mis à disposition sur le site ou sur la structure.

ENFANT

NOM

PRENOM : SEXE : F / M

AGE : DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : QUALITE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

<p>☎ Enfant Portable : Domicile :</p>	<p>Responsable 1 Qualité : ☎ :</p>	<p>Responsable 2 Qualité : ☎ :</p>
--	--	--

MAIL PARENT :@.....

MAIL ENFANT :@.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

..... Tél :

Médecin traitant (nom, prénom) : Tél :

N° Sécurité Sociale : Régime générale / MSA

Assurance extrascolaire : N° Nom de la compagnie

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS (se référer au carnet de vaccination ou transmettre en pièce jointe un certificat de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **un traitement médical** pendant le séjour ? **OUI** / **NON**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

ALLERGIES :

ASHMES OUI / NON MEDICAMENTEUSES OUI / NON

ALIMENTAIRES OUI / NON AUTRES.....

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR – FAIT-IL L'OBJET D'UN PAI (le joindre au dossier) / (Si automédication le signaler).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

L'ENFANT EST-IL BENEFICIAIRE DE L'AAEH OUI / NON

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

Certificat médical

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie que l'enfant :

Est apte à la vie en collectivité

Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté : _____

Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse

Ne présente aucune allergie ou contre- indication alimentaire connue

Dans le cas contraire, précisez-la(les)quel(les) :

.....
.....

Fait à Le

Cachet et signature du praticien (obligatoire)

AUTORISATION PARENTALE : à remplir obligatoirement

Je soussigné(e) – père - mère ou responsable légal

.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon fils / ma fille :

.....

- À participer à toutes les activités du CLUB ADOS, y compris les sorties hors de la commune (Quel que soit le moyen de transport). OUI / NON
- J'autorise le Directeur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence à L'Hôpital de Compétence Territoriale. OUI / NON
- J'autorise mon enfant à quitter le Club Ados seul, dès la fin des activités à partir de 17 h. OUI / NON
- J'autorise mon enfant âgé de + de 14 ans à partir librement du club ados quand il le souhaite **sauf s'il a commencé une activité ou si le groupe est en sortie.** OUI / NON
- J'autorise par la présente, le CLUB ADOS à réaliser des photographies ou des films représentant mon enfant. OUI / NON
- J'autorise le club Ados à utiliser les photos et vidéos sur internet ou ses différentes publications : OUI / NON
- J'autorise le Service Jeunesse à utiliser mes coordonnées de contact pour l'envoi d'une newsletter ou SMS : OUI / NON
- **Mon enfant participera à l'activité E-SPORT du mardi de 17h à 19h** OUI / NON

Ayant pris connaissance du Règlement du CLUB ADOS, je l'approuve et m'engage à le respecter.

La présente autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette autorisation est incessible.

Fréjus, le. / /

LES PARENTS OU LES RESPONSABLES

Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour autorisation ».

PARTIE RESERVEE A L'ADMISTRATION

Dossier de l'enfant dûment complété Justificatif de domicile (copie) / Livret de famille (copie) Photos Certificat Médical. /Charte
Attestation de Natation / Attestation d'Assurance / Paiement