

DOSSIER FAMILLE - PÔLE ADOS - ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

	Responsable 1	Responsable 2
Lien de Parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Nom		
Nom de Jeune fille		
Prénom		
Date de Naissance/...../...../...../.....
Coordonnées		
		(à remplir si différentes)
Adresse		
Code Postal - Ville		
Domicile		
Mobile		
Mail		
Travail		
Profession		
Employeur		
Adresse		
Téléphone		
Personnes majeures (autres que les responsables) à contacter en cas d'urgence ou habilités à venir chercher l'enfant		
Noms/Prénoms	Téléphones	Liens de parentés avec l'enfant

• **Situation familiale entre les responsables :**

- Marié(e)
 Divorcé(e)/ Séparé(e)
 Vie maritale
 Union libre
 Veuf(ve)
 Autre :

• **Facturation :** (permet d'adresser la facture après paiement)

- Responsable 1 et 2
 Responsable 1
 Responsable 2

Autre (préciser le nom et l'adresse)

- **Numéro CAF :** **OU** **Numéro MSA :**

- **Quotient Familial :** (Justificatif à fournir obligatoirement)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à porter à la connaissance du directeur de la structure toutes modifications.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal :

DOSSIER ENFANT - PÔLE ADOS - ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

NOM :	.....	PRENOM :	.....
Sexe (F ou M) :	.....	Date de Naissance :/...../.....
Classe 2019/2020	.....	Etablissement Scolaire	.....
Tél portable	.....	Numéro de Sécurité Sociale	.....

Antécédents médicaux (cocher la case correspondante)

Rougeole	Oreillons	Otite	Coqueluche	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Allergies (cocher la case correspondante)

Alimentaire	Médicamenteuse	Asthme	Autres (animaux, pollen.....) à préciser
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Si oui, fournir un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Autres recommandations utiles (cocher la case correspondante)

Port de lunettes	Port d'appareil dentaire	Port d'appareil auditif	Autres (à préciser)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

- Particularité alimentaire :
- Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : Prénom : ☎ :

Adresse :

• **Autorisations**

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant cité ci-dessus,

➔ Autorise l'enfant à quitter seul la structure :

OUI NON

➔ Autorise les services à diffuser, publier les photographies et vidéos de mon enfant sur le site internet de la CCPNL, dans la presse, sur la page Facebook du pôle ados :

OUI NON

➔ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités, sorties proposées par le pôle ados :

OUI NON

➔ Autorise mon enfant à être véhiculé dans les véhicules de services de la CCPNL :

OUI NON

➔ Autorise le directeur à prendre toutes les mesures indispensables (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues indispensables pour la sécurité de mon enfant en cas de problèmes majeurs, d'accident. (1)

➔ Accepte de fait le règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter. Celui-ci est disponible sur la structure et sur le site internet de la CCPNL.

(1) En cas de désaccord, établir un courrier le mentionnant.

Informations : pièces à fournir pour finaliser l'inscription de votre enfant :

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture eau, téléphone...)
- Attestation de la CAF ou de la MSA précisant le quotient familial
- Une copie des vaccinations obligatoires à jour
- Une attestation d'assurances extra-scolaire (garantie individuelle corporelle)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à porter à la connaissance du directeur de la structure toutes modifications.

Date :/...../.....

Signature du responsable légal :