

## DOSSIER FAMILLE - PÔLE ADOS - ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

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

• **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 2020/2021**

<b>NOM :</b>	.....	<b>PRENOM :</b>	.....
Sexe (F ou M) :	.....	Date de Naissance :	...../...../.....
Classe 2020/2021	.....	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 :