

DOSSIER FAMILLE - PÔLE ADOS

ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023

| | 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 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 2022 / 2023

| | | | |
|------------------|-------|----------------------------|-------------------|
| NOM : | | PRENOM : | |
| Sexe (F ou M) : | | Date de Naissance : |/...../..... |
| Classe 2022/2023 | | 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 mon 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 OUI NON
- La presse OUI NON
- Les réseaux sociaux du Pôle Ados (Facebook, Instagram, Snapchat) 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, véhicules de location et occasionnellement véhicule personnel de la directrice de la structure (lors des sorties organisées par le Pôle Ados)

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 :