Communauté de Communes
Plaine du Nord Loiret Pôle Ados
3 Rue de l'Avenir - 45480 Bazoches les Gallerandes
Tel : 06-08-55-08-63
Mail : pole.ados@cc-plaine-nord-loiret.fr

Fiche de renseignements

2026-2027

1) Identification du jeune :

Nom : Date de naissance : Classe en 2026-2027 :
Prénom : Genre :
Tél : Mail :

2) Responsables légaux

Responsable 1 :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Mail :
Tél Domicile :
Tél Portable :

Responsable 2 :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Mail :
Tél Domicile :
Tél Portable :

Personnes à contacter en cas d'impossibilité de joindre les parents :

Nom : Tel :

Nom : Tel :

3) Informations administratives :

N° de sécurité sociale :
N° allocation CAF/MSA :
Quotient familial CAF :

Nom de l'assurance couvrant l'enfant :
N° contrat d'assurance :

Je soussigné (père-mère ou tuteur légal) autorise mon enfant (répondre par oui ou non) :

- À quitter seul la structure.
  - Oui
  - Non

- A la présentation ou à la reproduction de photographies ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités ou des sorties sur :

  - Le site de la CCPNL
    - Oui
    - Non
  - La presse
    - Oui
    - Non
  - Les réseaux sociaux
    - Oui
    - Non

- A être véhiculé dans les voitures de la CCPNL, véhicules de location.
  - Oui
  - Non

- A être déposé seul à l'arrêt de bus de sa commune lors des vacances scolaires.
  - Oui
  - Non

- A participer à toutes les activités, sorties proposées par le Pôle ados.
  - Oui
  - Non

- 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.

Pièces à fournir pour finaliser l'inscription de votre enfant :

- Justificatif de moins de 3 mois (facture eau, téléphone…), ou un certificat de scolarité du collège de Bazoches les Gallerandes.
- Attestation de la CAF ou de la MSA précisant le quotient familial.
- Une photocopie du carnet de santé de l'enfant (copie des vaccinations obligatoires à jour).
- Une attestation d'assurance 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 :

Plaine du Nord Loiret Pôle Ados
3 Rue de l'Avenir - 45480 Bazoches les Gallerandes
Tel : 06-08-55-08-63
Mail : pole.ados@cc-plaine-nord-loiret.fr

Fiche Sanitaires

2026-2027

1) Identification du jeune :

Nom : Date de naissance :
Prénom : Genre :
Tél : Mail :

2) Vaccinations :

Justificatifs des vaccinations :

- ○ Fourni
- ○ A fournir

3) Renseignements médicaux :

Médecin traitant :
Nom : Tel :

Le jeune présente-t-il des allergies ?

- ○ Non
- ○ Alimentaires
- ○ Médicamenteuses
- ○ Autres

Précisez et indiquez les précautions à prendre :

Le jeune a-t- il des besoins spécifiques qui nécessitent une prise en charge particulière (diabète, épilepsie, autres pathologie…) :

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, précisez :

Le jeune a-t-il eu un accident, une opération ou un problème de santé pouvant entraîner des conséquences sur sa participation aux activités du Pôle Ados ?

- o Oui
- o Non

Si oui, lesquels ?

4) Traitements et accompagnement :

Le jeune doit-il suivre un traitement médical pendant sa présence au Pôle Ados ?

- o Oui
- o Non

Si oui, préciser et joindre l'ordonnance :

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il mis en place ?

- o Oui
- o Non

Si oui, joindre le document applicable.

5) Informations complémentaires :

Si des repas sont cuisiné ou commandé :

- o Sans viande
- o Sans porc
- o Autre régime alimentaire (précisez) :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses ou des prothèses dentaires, etc.… ?

- o Oui
- o Non

Précisez.

Autres recommandations utiles :

6) Déclaration du responsable légal :

Je soussigné(e), responsable légal du jeune, certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toute modification pouvant avoir une incidence sur son accueil.

Date : Signature du responsable légal :