

FICHE D'INSCRIPTION CLUB ADOS 2026-2027







L'ENFANT :





Nom : Prénom :
Date de naissance : ... / ... / ... Lieu de naissance : Âge : Sexe : Fille Garçon
Adresse :
Code postal : Ville :
Numéro de téléphone de l'enfant :

RESPONSABLE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Mère, parent 1 ou tutrice légale :

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
.....
 Domicile :
 Portable :
 Courriel
Profession :
Catégorie socio-professionnelle :
.....
Employeur :
 Travail :
Numéro d'allocataire CAF :
Caisse :
Quotient familial :
N° Sécurité sociale :
Assurance responsabilité civile et extrascolaire :
.....

Père, parent 2 ou tuteur légal :

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
.....
 Domicile :
 Portable :
 Courriel
Profession :
Catégorie socio-professionnelle :
.....
Employeur :
 Travail :
Numéro d'allocataire CAF :
Caisse :
Quotient familial :
N° Sécurité sociale :
Assurance responsabilité civile et extrascolaire :
.....

Facture mensuelle à envoyer à : M. ou Mme
Adresse :

AUTORISATIONS :

L'enfant sait-il nager ? oui non
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non
J'autorise la prise et la diffusion interne de photos ou vidéos : oui non
J'autorise la prise et la diffusion externe de photos ou vidéos : oui non
L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ? oui non
Si « non » avec qui repart-il ? :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT :

MÉDECIN TRAITANT : Nom..... ☎

Adresse :

RÉGIME ALIMENTAIRE : normal sans porc sans viande

VACCINATIONS : Joindre **obligatoirement** les **photocopies** des pages nominatives correspondantes du **cahier de santé** ou du certificat de **vaccinations** de l'adolescent.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Angine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Coqueluche <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Otite <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Rubéole <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Scarlatine <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Varicelle <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Allergies : Médicamenteuses : oui non Asthme : oui non
 Alimentaires : oui non Autres : oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant.....

certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier, m'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

J'autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Lieu.....

« Lu et approuvé »

Signature

PIÈCES À FOURNIR :

- Attestation de responsabilité civile 2026-2027
- Justificatif de domicile pour les Valdoyens
- Photocopie du carnet de vaccination (apporter le carnet de vaccination le jour du dépôt de dossier)
- Brevet de natation 25 mètres signé et validé par un maître-nageur
- Photocopie carte d'identité ou passeport du jeune et des parents
- Aides aux temps libres de l'année en cours
- Mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB pour ceux qui souhaitent être prélevé