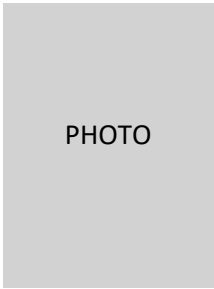


### CLUB ADOS 12/17 ANS

N° Dossier : .....

N° Familles : .....

CENTRE D'ANIMATION DE Villeneuve  
63 rue de l'Argentière – 83600 FREJUS – Tel : 04 94 52 79 21



### DOSSIER D'INSCRIPTION 2021/2022 (Septembre 2021 à août 2022)

#### ENFANT

NOM .....

PRENOM : ..... SEXE : F  / M

AGE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

#### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... QUALITE : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

<p><b>☎ Enfant</b> Portable : ..... Domicile : .....</p>	<p><b>Responsable 1</b> Qualité : ..... <b>☎</b> : .....</p>	<p><b>Responsable 2</b> Qualité : ..... <b>☎</b> : .....</p>
--	--	--

MAIL PARENT : .....@.....

MAIL ENFANT : .....@.....

#### PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

..... Tél : .....

Médecin traitant (nom, prénom) : ..... Tél : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Régime générale  / Autre

Assurance extrascolaire : N° ..... Nom de la compagnie .....

## FICHE SANITAIRE

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de vaccination ou transmettre en pièce jointe un certificat de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES : JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**  
**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI  / NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

**ALLERGIES :**

ASHMES  OUI  / NON       MEDICAMENTEUSES  OUI  / NON

ALIMENTAIRES  OUI  / NON       AUTRES.....

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS**

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Certificat médical**

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie que l'enfant : .....

Est apte à la vie en collectivité

Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté : \_\_\_\_\_

Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse

Ne présente aucune allergie ou contre- indication alimentaire connue

Dans le cas contraire, précisez-la(les)quel(les) :

.....  
.....

Fait à ..... Le .....

Cachet et signature du praticien (obligatoire)

## AUTORISATION PARENTALE : à remplir obligatoirement

Je soussigné(e) – père  - mère  ou responsable légal

.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon fils  / ma fille  :

.....

- À participer à toutes les activités du CLUB ADOS, y compris les sorties hors de la commune (Quel que soit le moyen de transport). OUI  / NON
- J'autorise le Directeur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence à L'Hôpital de Compétence Territoriale. OUI  / NON
- J'autorise mon enfant à quitter le Club Ados seul, dès la fin des activités à partir de 17 h. OUI  / NON
- J'autorise mon enfant âgé de + de 14 ans à partir librement du club ados quand il le souhaite sauf s'il a commencé une activité ou si le groupe est en sortie. OUI  / NON
- J'autorise par la présente, le CLUB ADOS à réaliser des photographies ou des films représentant mon enfant. OUI  / NON
- J'autorise le club Ados à utiliser les photos et vidéos sur internet ou ses différentes publications : OUI  / NON
- J'autorise le Service Jeunesse à utiliser mes coordonnées de contact pour l'envoi d'une newsletter ou SMS : OUI  / NON
- **Mon enfant participera à l'activité E-SPORT du mardi de 17h à 19h** OUI  / NON

**Ayant pris connaissance du Règlement du CLUB ADOS, je l'approuve et m'engage à le respecter.**

La présente autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette autorisation est incessible.

Fréjus, le. ..../...../.....

### LES PARENTS OU LES RESPONSABLES

Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour autorisation ».

### PARTIE RESERVEE A L'ADMISTRATION

Dossier de l'enfant dûment complété  Justificatif de domicile (copie)  / Livret de famille (copie)  Photos  Certificat Médical.  /Charte   
Attestation de Natation  / Attestation d'Assurance  / Paiement