

## PIECES A JOINDRE obligatoirement

DOCUMENTS									
Carnet de vaccination de l'enfant									
Certificat médical Daté de septembre, chaque année									
Attestation d'assurance EXTRA et PERI- SCOLAIRE de l'enfant									
Règlement intérieur signé									
Autorisation de sortie									
Droit à l'image									
Adresse mail									

Prénom :

Nom :



## Livret d'inscription

- . **CLAC**
- . **Centre Ado**
- . **Stages Ado**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ado

**JEUNE** NOM ..... Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....

Adresse ..... Lieu de naissance : .....

Code Postal ..... Ville ..... Sexe  Garçon  Fille

Situation familiale des parents :  Mariés  Concubinage  Pacsé(es)  Veuf/Veuve  Séparés  Célibataire

**En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement**

Famille d'accueil :  oui  non

## PARENT 1

Autorité Parentale  Oui  Non

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tel domicile .....

Tel mobile .....

Tel pro. ....

Email .....

Profession .....

## PARENT 2

Autorité Parentale  Oui  Non

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tel domicile .....

Tel mobile .....

Tel pro. ....

Email .....

Profession .....

## FRERES et SOEURS

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse de facturation Nom ..... Adresse .....

Si Différente Prénom .....

REGIME :  CAF Département (si hors département) .....  MSA  Autre .....

Autorisation CAF PRO N° allocataire : ..... **(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)**

## PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant

**L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.**

**Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.**

		Personne Mineure	Contacté en cas d'urgence
Nom : .....	Prénom : .....	Tel : .....	Parentée : ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
		Port : .....	
Nom : .....	Prénom : .....	Tel : .....	Parentée : ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
		Port : .....	
Nom : .....	Prénom : .....	Tel : .....	Parentée : ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
		Port : .....	
Nom : .....	Prénom : .....	Tel : .....	Parentée : ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
		Port : .....	

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur feuille libre

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac, fera appel aux **POMPIERS (Tél : 18) et vous préviendra immédiatement.**

Médecin : ..... Tél : .....

## DATE RAPPEL VACCINS

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche **(à compléter impérativement)** :

Vaccination tous les 5 ans : .....

Vaccination antituberculeuse : BCG .....

Vaccination les infections invasives à pneumocoque : .....

Vaccination contre Hépatite B : .....

Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole : .....

Autres (Préciser) : .....

Préciser si votre enfant présente une allergie ou tout autre trouble de la santé : .....

Cela donne-t-il recours à un P.A.I. :  Oui  Non

Si oui, nous fournir la copie du P.A.I. et la trousse d'urgence, le premier jour de l'accueil, au nom et prénom de l'enfant.

**ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS P.A.I.**

Pour l'Accueil de Loisirs, se conférer au Règlement Intérieur CLAC & centre Ado ci-joint.

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom** ..... **Prénom** .....

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

**Nom** ..... **Prénom** .....

- Autorise, le cas échéant, le responsable de l'établissement et le personnel encadrant l'enfant au moment de l'évènement, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation.

OUI  NON

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises.

DATE ...../...../.....

SIGNATURE :

