



Structure ados 11 – 17 ans

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022-2023

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

FILLE  GARÇON

N° de portable : .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

N° de sécurité sociale : .....

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil collectif de mineurs.*

### RESPONSABLES LEGAUX

#### Représentant légal 1

NOM :

Prénom :

Qualité :  Père  Mère  Tuteur

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

#### Représentant légal 2

NOM :

Prénom :

Qualité :  Père  Mère  Tuteur

Adresse :

CP : Ville :

Mail :

### NOM DES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 1. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 2. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 3. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 4. Nom / Prénom : | Tél. : |
| 5. Nom / Prénom : | Tél. : |

### AUTORISATIONS

J'autorise la structure communale à utiliser les photos pour la communication liée aux activités. Oui  Non

A la fin des activités, j'autorise mon enfant à rentrer tout(e) seul(e) à son domicile. Oui  Non

Un suivi de présence est mis en place. Toute sortie du jeune en cours d'activité dégage l'animateur de sa responsabilité. Le jeune se retrouve à ce moment-là sous la responsabilité de ses parents ou représentants légaux.

### DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ Remplir la fiche sanitaire au verso
- ✓ Justificatif de domicile
- ✓ Attestation d'assurance Responsabilité Civile ou extrascolaire
- ✓ Certificat médical pour la pratique du sport multiactivités de moins de 3 ans

### DOCUMENTS FACULTATIFS

- ✓ PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1)
- ✓ Brevet de natation ou Attestation d'aptitude préalable à la Pratique d'Activités Nautiques (PAN)

## FICHE SANITAIRE 2022-2023

### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Hæmophilus influenzae b (HIB)	
<b>Ou</b> Tétracoq				Méningocoque C	
BCG				Pneumocoque	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Suit-il un traitement médical ? OUI  NON  A-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**  ASTHME  
 ALIMENTAIRES  
 MÉDICAMENTEUSES

#### Indiquez ci-après

- **Les difficultés de santé éventuelles** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

- **Des recommandations utiles :** porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....

### 3. MÉDECIN TRAITANT

NOM : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

N° de Sécurité Sociale du jeune : .....

Je, soussigné(e), ....., responsable légal de ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par son état.

Date : .....

Signatures :