

### ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

Adresse de résidence de l'enfant : \_\_\_\_\_

CP/ Ville : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LEGAUX :

Qualité : Représentant légal 1

Qualité : Représentant légal 2

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

Pour la tarification :

Facturation au représentant légal 1  au représentant légal 2  (1 seule cache à cocher possible)

je fournis **mon quotient familial** : (tarif supérieur appliqué le cas échéant)

N° allocataire CAF \_\_\_\_\_  Attestation CAF  Attestation MSA

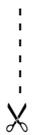
### SANTÉ

📌 **Vaccinations** : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations/si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Joindre la copie du carnet de vaccination.

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoques				BCG	

**Allergies** (médicamenteuses, asthme, alimentaires) : \_\_\_\_\_

📌 **Recommandations particulières que vous souhaitez indiquer** : (port de lunettes, problèmes de santé, traitement médical, précautions à prendre...) : \_\_\_\_\_



↳ **Autorisation en cas d'urgence :**

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_ autorise le responsable de la structure à faire pratiquer en cas d'urgence, et sur avis médical, les soins ou interventions nécessaires dont aurait besoin mon enfant.

### DROIT A L'IMAGE

Autorise  n'autorise pas la commune de Méréville à utiliser les photographies et images vidéo représentant mon enfant dans ses supports de communications (internes ou presse locale).

Autorise  n'autorise pas mon enfant à communiquer sur WhatsApp\*, email\* et SMS\* (\*rayure possible)

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ (à compléter si autorisation)

e-mail : \_\_\_\_\_ (à compléter si autorisation)

### RETOUR AU DOMICILE

↳ **Personnes pouvant venir chercher l'enfant :** (une pièce d'identité pourra être demandée)

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

↳ **Autorisation pour retour seul au domicile :**

Je soussigné(e) M., Mme \_\_\_\_\_ **autorise** mon enfant à quitter le club ados à tout moment de la journée et/ou de regagner seul notre domicile. (à compléter uniquement si accord parental)

### SORTIES

Autorise mon enfant à effectuer les sorties du club ados et prendre les moyens de transports qui seront mis à disposition de ces dernières.

Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile.

- **Je certifie les renseignements exacts et je joins les pièces demandées.**
- **Je certifie avoir lu le règlement ; j'accepte les modalités de fonctionnement et le règlement du club ados tels qu'ils sont présentés sur le règlement intérieur fourni.**

A \_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Signature(s) du ou des responsables légaux :

M.  Mme

M.  Mme

**Cadre réservé à l'administration (ne rien écrire)**

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Dossier complet

Facturation : \_\_\_\_\_ Titre n° : \_\_\_\_\_ du \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_