

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 : _____

Né(e) le : __/__/____ à _____ Né(e) le : __/__/____ à _____

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 case 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 ____/____/____