

INSCRIPTION CLUB ADOS

Année scolaire :

Établissement scolaire : Niveau :

Nom :

Prénom :

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance :

Adresse complète de résidence :

.....

.....

Courriel pour accès au portail familles :

Photo récente
(obligatoire)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien de parenté : ☐ père ☐ mère ☐ tuteur	Lien de parenté : ☐ père ☐ mère ☐ tuteur
☐ M. ☐ Mme	☐ M. ☐ Mme
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :	Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) :
.....	
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél mobile :	Tél mobile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Situation de famille : ☐ marié ☐ pacsé ☐ union libre ☐ célibataire ☐ séparé ☐ divorcé ☐ veuf <i>Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant</i> <i>Dans le cas d'une garde alternée, merci de fournir le calendrier de l'année scolaire signé par les 2 responsables légaux</i>	

Régime professionnel du payeur principal : ☐ Général ☐ Agricole

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : nom, prénom, lien de parenté (famille, amis, voisins...) :

1. Tél :
2. Tél :
3. Tél :
4. Tél :
5. Tél :
6. Tél :

Documents à fournir :

- ☐ Justificatif de domicile ☐ Extrait du livret de famille ☐ Décision de justice (si nécessaire)
☐ Attestation du Quotient Familial (CAF, MSA ou dernier avis d'imposition)
☐ Certificat des vaccinations obligatoires (extrait du carnet de santé ou certificat médical)
Enfant en situation de handicap : ☐ Attestation M.D.P.H. ☐ Attestation A.E.E.H

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Tél :

ALIMENTATION

Allergies :

- ☐ Panier repas (uniquement avec protocole d'urgence)
☐ Repas substitut au porc (repas végétarien)
☐ Repas végétarien

ASSURANCE

Nom :
N° de Police :
Date d'échéance :

EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste :
Centre hospitalier spécifique :
.....
.....

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

.....
.....
.....
Ou allergies : ☐ alimentaires ☐ médicamenteuses
☐ autres (animaux, pollens, plantes...), précisez :

Joindre le protocole d'urgence précisant les signes évocateurs et la conduite à tenir.

☐ À jour des vaccinations obligatoires au regard de la date de naissance :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), pour les jeunes nés avant le 01/01/2018.
- diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), coqueluche, infections invasives à *haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole, pour les jeunes nés après le 01/01/2018.

Copie du carnet de santé à fournir ou certificat médical (rappel de ces vaccins à 6 ans et à 11 ans)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. *

Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. *

** Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités :

☐ Oui ☐ Non

J'autorise mon enfant à être pris en photo à des fins de promotion et de communication des activités :

☐ Oui ☐ Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de l'ALSH ados « Les Dragons » de la Ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume.

La Mairie s'engage à respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD)

Nom et prénom du responsable légal faisant la demande :

(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')