



**SERVICE DE L'ÉDUCATION ET DE LA JEUNESSE  
ESPACE ADOS D'OLIVET - "A L'ANGLE"**

## **DOSSIER D'INSCRIPTION**

*Valade du 1er septembre au 31 août*

### **> L'enfant :**

Nom :

Prénom :

Fille  Garçon

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A :

Collège :

Niveau de la Classe :

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

### **> La famille :** (il est impératif de mettre à jour ces informations en cas de changement)

#### **- Responsable légal 1 :**

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse complète :

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

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

Adresse de messagerie (email) :

Profession et lieu de travail :

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

#### **- Responsable légal 2 :**

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse complète :

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

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

Adresse de messagerie (email) :

Profession et lieu de travail :

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

**- Situation familiale :**

- Mariés  Vie maritale  Vit seul  
 Séparés ou divorcés  PACS  Veuf(ve)

En cas de garde partagée, joindre la copie du jugement

Attention : sauf mention contraire du signataire de la présente demande, décisions judiciaires à l'appui, lorsque l'un des deux parents ne fait pas partie du foyer où vit l'enfant, il garde ses droits sur l'enfant.

Il est ainsi indiqué comme contact à prévenir en cas d'urgence et autorisé à venir chercher l'enfant.

**> Autorisations :**

- Mon enfant est autorisé à partir seul de l'Espace Jeunes : oui  non
- L'utilisation des clichés et vidéos réalisés par les services municipaux sous quelque forme que ce soit (journal municipal, site internet et Facebook de la ville...) est autorisée : oui  non
- La réception occasionnelle de SMS sur le téléphone portable de votre enfant (fermetures exceptionnelles de l'Angle, info. horaires activités...) oui  non

**> Document à joindre au dossier :**

- Fiche sanitaire de liaison complétée et signée
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Attestation d'assurance
- Règlement intérieur daté et signé

*Dans l'intérêt de votre enfant, toutes les rubriques du dossier doivent être remplies. La commune est déchargée de toute responsabilité si les renseignements fournis sont erronés ou non mis à jour par la famille durant l'année scolaire. L'inscription de votre enfant ne sera effective que si le dossier d'inscription est complet.*

*Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à :*

- *informer les familles sur l'actualité de l'espace ados*
- *favoriser le lien avec les parents et le suivi des enfants*

*Les destinataires des données sont les parents/ responsables légaux des adhérents de l'espace ados.*

*Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la responsable de l'espace ados A l'Angle de la ville d'Olivet.*

Je soussigné, M., Mme, ..... responsable de l'enfant (prénom et nom) ..... déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et m'engage à prévenir le responsable de l'Espace Jeunes de toute modification.

Certifie en outre être titulaire de l'autorité parentale nécessaire à l'établissement de la présente demande et effectuer cette démarche en accord avec le parent non signataire.

Fait à : le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s) du ou des responsables légaux

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

> **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## > Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	articulaire aiguë			

**ALLERGIES** : ASTHME  oui  non      MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non      AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....

**> Recommandations utiles des parents**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

.....  
.....  
.....  
.....

**> Responsable de l'enfant**

NOM

PRÉNOM

ADRESSE.....

.....  
.....  
.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE :

TEL. PROFESSIONNEL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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

Date :

Signature :