

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Sexe : ☐ F ☐ M Etablissement scolaire : _____

Autres informations : _____

LA FAMILLE

Situation familiale : ☐ Mariés ou vie maritale ☐ Séparés / divorcés ☐ Famille d'accueil ☐ Veuf/ve ☐ Famille monoparentale ☐ Autre : _____

PARENT 1 ☐ Responsable légal

PARENT 2 ☐ Responsable légal

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Commune : _____

Commune : _____

Code postal : _____

Code postal : _____

Email : _____

Email : _____

Tél. Portable : _____

Tél. Portable : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél. Professionnel : _____

Profession : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Employeur : _____

Les factures sont adressées : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Parent 1 et 2

(Famille séparée : Une facturation séparée peut être effectuée, un dossier doit être rempli par parent).

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M. Mme _____

Demeurant à _____

Responsable de l'enfant _____

Personne autorisée à récupérer l'enfant	Personne à appeler en cas d'urgence	Nom / Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
☐	☐	_____	_____	_____
☐	☐	_____	_____	_____
☐	☐	_____	_____	_____
☐	☐	_____	_____	_____
☐	☐	_____	_____	_____

➤ **Autorise mon enfant à venir et à quitter le pôle ados seul :** ☐Oui ☐Non

Je décharge l'équipe pédagogique de toute responsabilité dès le départ de l'enfant.

➤ **Autorise mon enfant à voyager en transports collectifs (bus, minibus...) :** ☐Oui ☐Non

➤ **Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le pôle ados :** ☐Oui ☐Non

➤ **Autorise le personnel du pôle ados à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant :** ☐Oui ☐Non

➤ **Autorise le personnel du pôle ados à administrer, sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant, suivant le double de l'ordonnance :** ☐Oui ☐Non

DROIT À L'IMAGE

➤ **Autorise mon enfant à être pris en photos/vidéos :** ☐Oui ☐Non

• **Pour diffusion interne (parents, activités...) :** ☐Oui ☐Non

• **Pour diffusion externe (réseaux sociaux, supports de communication, presse locale...) :** ☐Oui ☐Non

Je m'engage à signaler auprès du pôle ados par écrit toute modification concernant les renseignements et/ou autorisations.

☐ **J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**

Le : _____

A : _____

Signature(s) du(des) responsable(s) légal(aux) :

DOCUMENTS À FOURNIR

- Fiche sanitaire de liaison ;
- Attestation d'assurance de responsabilité civile (au nom de l'enfant) ;
- Certificat médical de vaccinations ou certification médical de contre-indication ou photocopie du carnet de vaccinations ;
- Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), le cas échéant.