



Photo d'identité

Cadre réservé à l'administration

CAB ou Hors CAB

QF : N° allocataire

Tarif : Tarif 1/2 J :

Aides :

Ado'Roc

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2024 (Dossier valable pour l'année civile du 1^{er} janvier au 31 décembre)

Rayer la mention inutile : Première inscription / Réinscription

NOM DU JEUNE :

PRENOM :

- Documents à fournir lors de l'inscription
- Dossier d'inscription dûment complété et signé ;
 - Copie du carnet de vaccinations ou certificat médical (*voir fiche sanitaire point 2*) ;
 - Copie de l'attestation carte vitale ou MSA ;
 - Copie du livret de famille (partie enfants et parents)
 - Numéro d'allocataire CAF ou MSA ou la copie avis imposition 2023 sur les revenus 2022.
 - Justificatifs des aides perçues (attestation de paiement pour enfant bénéficiant de l'AEEH, bons MSA, Conseil Départemental, RSA...) ;
 - Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle ;
 - Attestation de prise en charge et adresse de facturation pour les organismes payeurs (ASE, UDAF, ...)
 - 1 photo d'identité récente

Nom du jeune : Prénom(s) :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Collège ou lycée fréquenté : Classe :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

| | RESPONSABLE LEGAL* Père OU Mère (bénéficiaire des aides) | Père ou Mère | Autre <i>conjoint ou concubin</i> |
|--|---|--------------|--------------------------------------|
| Nom <i>(+ Nom de naissance)</i> | | | |
| Prénom(s) | | | |
| Adresse | | | |
| Téléphone fixe | | | |
| Téléphone portable | | | |
| Adresse mail seulement pour la diffusion des informations liées aux activités de l'ALSH | | | |
| Profession | | | |
| Employeur | | | |
| Adresse de l'employeur | | | |
| Téléphone lieu de travail | | | |

**le responsable légal est l'interlocuteur principal, le destinataire des informations et factures, le détenteur du passeport CAF.*

Nom de la personne à facturer

SITUATION DES PARENTS

marié célibataire divorcé séparé veuf pacsé concubinage union libre

ASSURANCE (joindre attestation)

Assurance extrascolaire : Numéro de contrat :

AUTORISATION POUR LAISSER PARTIR SEUL VOTRE ENFANT (Rayer la mention inutile)

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (en cas d'impossibilité de joindre les parents) ET/OU PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LES ENFANTS A L'ALSH

| Nom - Prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|--------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

REGIME SOCIAL

Régime général Régime agricole (MSA)

Autre :

Numéro sécurité sociale :

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (*joindre justificatif*) :

(Ou joindre copie avis imposition 2023 sur les revenus 2022).

REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Oui (*si oui fournir un RIB*) Non

AUTORISATION DE BAINNADE

Dans le cadre des activités d'Ado'Roc, je soussigné, autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques (y compris la baignade) sous la responsabilité du directeur et du maître-nageur sauveteur.

Pour toute activité spécifique (aviron, canoë, nage en eau vive, voile) et pour les mini camps, un test d'aisance aquatique validé, préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques, sera demandé.

Fait à le Signature du responsable légal

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la reproduction ou la diffusion de la (ou des) photographie(s) ou vidéos prise(s) représentant mon enfant, pour les usages suivants :

Expositions relatives aux activités de la structure, plaquettes, affiches, site web de la CAB, presse locale.

Fait à Le Signature du responsable légal

APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

M/Mme (*Responsable légal*) certifie exacts les renseignements portés sur ce document et déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur d'Ado'Roc.

Fait à, le

Signature (*précédée de la mention « lu et approuvé »*)

Le jeune déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur d'Ado'Roc.
Nom et signature du jeune

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- JEUNE

Nom Prénom
Date de naissance Garçon Fille

2- VACCINATIONS

Joindre une **photocopie du carnet de vaccinations du jeune**. Vaccins obligatoires : Diphtérie, tétanos et poliomyélite(DTP)

Si le jeune n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre un **certificat médical de contre-indication**.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

- Quelles maladies le jeune a-t-il déjà eues ?

rubéole varicelle angine rhumatisme scarlatine
 coqueluche otite rougeole oreillons.

- Quelles allergies le jeune présente-t-il ? **Si Projet d'Accueil Individualisé, en informer la direction.**

asthme médicament alimentation autre

Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- Régime alimentaire spécifique : Oui non

Si oui lequel ?

Votre enfant fait-il l'objet d'un suivi médical spécifique ? si oui lequel ?

.....
Fournir, un certificat médical en cas d'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

Votre enfant est-il en situation de handicap ou a-t-il des besoins particuliers ? Oui Non

Si oui, prendre RDV avec le directeur de VPTJ pour établir un **Projet d'Accueil Adapté** afin de prévoir les modalités d'accueil en fonction des besoins de votre enfant.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives

des prothèses dentaires autre

Précisions :

5- MEDECIN TRAITANT (*facultatif*)

Nom du médecin Téléphone

6- AUTORISATION INTERVENTION accident grave

Je soussigné, (nom prénom)tuteur légal de l'enfant (Nom, prénom), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à.....le signature du responsable légal

Réservations auprès du Guichet Jeunesse de la CAB
Adresse : 22 place Gambetta – 24100 BERGERAC - Tél: 05 53 27 98 82

Mail : guichet.jeunesse@la-cab.fr

VPTJ : 06 19 03 02 38

Mail : alsh.vptj@la-cab.fr