



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<sup>er</sup> 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 <small>seulement pour la diffusion des informations liées aux activités de l'ALSH</small>			
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](mailto:guichet.jeunesse@la-cab.fr)

VPTJ : 06 19 03 02 38

Mail : [alsh.vptj@la-cab.fr](mailto:alsh.vptj@la-cab.fr)