

## INSCRIPTION À L'ESPACE ADO'S

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS  
DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU RÉOLAIS EN SUD GIRONDE

Cette fiche est à remplir impérativement par le(s) responsable(s) légal(aux) du mineur AVANT toute réservation.

2024/2025

2025/2026

2026/2027

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Assurance Responsabilité Civile du mineur : \_\_\_\_\_

Frère(s) / Sœur(s) avec les âges : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mutuelle qui couvre le mineur : \_\_\_\_\_

Le mineur suit-il un traitement médical pendant l'accueil dépendant d'un Protocole d'Accueil

Individualisé (PAI) :  Oui  Non

**Noté Bien :** Si oui, joindre impérativement la copie du PAI ainsi que les ordonnances à jour avec les médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice. L'équipe n'est pas habilitée à administrer quelconque médicament, code de la santé publique. Il est impératif que la famille prenne contact avec les responsables de structure.

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ou est-il allocataire AEEH ?  Oui  Non

**Autres informations complémentaire (régime alimentaire, lunettes, appareils auditifs ou dentaires, comportement...)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ (Mère / Père / Tuteur)

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Tel. personnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. Professionnel en cas d'urgence: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession, lieu de travail : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ (Mère / Père / Tuteur)

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Tel. Personnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. Professionnel en cas d'urgence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession, lieu de travail : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CAF / MSA

**Afin de respecter notre convention avec la CAF et la MSA, merci de nous indiquer le cas échéant votre :**

N° d'allocataire CAF (si régime général de la sécurité sociale) : \_\_\_\_\_

Autorisation d'utilisation de CAF PRO pour le calcul du tarif famille :  Oui  Non

Numéro de sécurité social (si allocataire MSA) : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

Autorisation de déplacement en bus ou en voiture :  Oui  Non

Autorise mon enfant à quitter seul le site :  Oui  Non

Personne(s) habilitée(s) à amener et/ou à récupérer votre enfant sur le site d'accueil (nom, prénom et téléphone) \_\_\_\_\_

Droit à l'image (prise de photos et/ou vidéos) :  Oui  Non

En cochant « oui », j'autorise l'organisateur de l'accueil collectif de mineur, représenté par le Président de la CdC du Réolais en Sud Gironde, à diffuser les photographies et/ou vidéos, sur lesquelles figure mon enfant. Cette autorisation est valable pour :

- l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne ou externe)
- des expositions relatives à l'accueil ou aux séjours
- les espaces web (site internet de la collectivité, page Facebook et/ou Instagram)

## PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

### Liste des pièces à fournir obligatoirement lors de toute inscription.

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte. Une mise à jour annuelle sera exigée.

- Justificatif de domicile (facture EDF, GDF, téléphone...)
- Attestation de Carte Vitale
- Attestation d'assurance responsabilité civile ou extra-scolaire de l'enfant
- Dernier avis d'imposition du foyer pour les familles non allocataires
- Attestation de quotient familial pour les familles allocataires MSA (à demander auprès de votre MSA) ou pour ceux ayant répondu NON à CAF PRO
- Jugement en cas de séparation ou de divorce (page sur l'autorité parentale et la résidence de l'enfant)
- Carnet de santé (vaccinations à jour)
- Dans le cadre des activités nautique : test d'aisance aquatique (article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012)

Je soussigné(e), Mme / M. \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires concernant mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature(s) :



**SERVICE ADOS DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU RÉOLAIS EN SUD GIRONDE**

Téléphone : 06 32 93 07 11 / 06 15 25 65 46

Adresse administrative  
03 rue Jules Ferry, 33190 La Réole

Adresse de l'Espace Ado's, structure d'accueil :  
Pôle Sportif et de Loisirs Intercommunal - 1, rue du Château d'eau, 33124 Auros