



FICHE DE RENSEIGNEMENTS - FICHE SANITAIRE

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.

2020/2021

2021/2022

2022/2023

Structure d'accueil : Espace Ado's Réolais

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.

Observations particulières (régime alimentaire, allergies, lunettes, appareil dentaire...)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

Nom / Prénom : _____ (Mère / Père / Tuteur)

Adresse du domicile : _____

Tel. personnel en cas d'urgence : ____/____/____/____/____ Tel. Professionnel : ____/____/____/____/____

e-mail : _____@_____

Profession, lieu de travail : _____

Nom / Prénom : _____ (Mère / Père / Tuteur)

Adresse du domicile : _____

Tel. personnel en cas d'urgence : ____/____/____/____/____ Tel. Professionnel : ____/____/____/____/____

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)
- Un exemplaire du règlement intérieur signé du mineur et des représentants légaux

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

81 rue Armand Caduc, 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