

Les pièces ci-dessous sont à transmettre obligatoirement au dossier de l'ACEJ :

- Photocopie du DT POLIO (carnet de vaccination)
- Attestation de Quotient Familial (QF) si inférieur à 1 500
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation de 50 mètres ou photocopie des tests de natation
- **Règlement par chèque à l'Association : 10 € (1enfant) - 15 € (2 enfants) - 20 € (3 enfants et +)**
+ 1 € de cotisation pour les jeunes souhaitant se rendre à l'anim'dos dans l'année scolaire.

Référence de l'adolescent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Collège/lycée : Niveau :

Responsables légaux :

Responsable légal 1 : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse mail :@.....

Téléphone domicile :

Portable : Téléphone pro :

Responsable légal 2 : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Adresse mail :@.....

Téléphone domicile :

Portable : Téléphone pro :

N° allocataire CAF/MSA : Quotient familial : (Joindre attestation)

En cas d'urgence, personne à alerter en premier Nom : Prénom :

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Renseignements concernant votre adolescent :

Si votre enfant dispose d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de nous transmettre obligatoirement le protocole, l'ordonnance ainsi que la trousse avec le traitement. (Dans emballage d'origine avec nom de l'enfant).

- Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

- Votre enfant est-il autonome dans la prise de son traitement ? Oui ☐ Non ☐

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

Aucun traitement ne pourra être pris sans ordonnance établi par un médecin.

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (cocher les cases)

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otitites	Rougeole	Oreillons	

- Votre enfant a-t-il les allergies suivantes ? : (cocher les cases)

➤ **Asthme** : oui ☐ non ☐

➤ **Alimentaires** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Médicamenteuses** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

➤ **Autres** : oui ☐ non ☐ : Si oui, lesquelles ?

Votre enfant est-il porteur de handicap ? : oui ☐ non ☐ : Si oui, lequel ?

Recommandations des parents :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil auditif ou dentaire,

Les difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...): En précisant les dates et précautions à prendre :

Autorisation du responsable légal de l'adolescent : (rayer la mention en cas de désaccord)

- ✓ Je soussigné (e), responsable légal de l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- ✓ J'autorise mon enfant à participer aux animations, activités, projets (et chantiers jeunes) en lien avec l'Association de Communes Enfance Jeunesse durant ses périodes de temps libre.
- ✓ J'autorise ce dernier à se rendre de manière libre et autonome à l'anim'@dos durant les heures d'ouverture. Il est donc libre d'aller et de venir, et est responsable de ses actes lorsqu'il n'est plus dans l'enceinte de l'anim'@dos.
- ✓ J'autorise mon enfant à quitter le centre de loisirs de façon autonome à la fermeture de la structure.
- ✓ J'autorise l'ACEJ à prendre mon enfant en photo et utiliser ces dernières à des fins de communications propres à l'association (site internet, presse, exposition, événement, réseau sociaux, ...)
- ✓ Je certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur des services fréquentés par mon enfant.

Les dossiers sont valables jusqu'au 31 août 2022.

Signature : précédé de la mention « lu et approuvé »