



Cadre réservé à l'administration (ne pas compléter)				
P.A.I	R.S	Q.F	PHOTOS	SORTIES

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**  
**2024 / 2025**  
**CLUB ADOS**



**A déposer dans la boîte aux lettres de la Mairie ou au secrétariat**

**Sans le retour de ce dossier complet, la mairie ne peut garantir la prise en charge de votre enfant.**

Nom de l'enfant.....

Prénom.....

Fille

Garçon

Date de naissance.....

Classe à la rentrée 2024/2025.....

### Parents ou Responsable légal :

Nom Père .....	Nom (jeune fille) Mère .....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse..... .....	Adresse..... .....
Profession:.....	Profession:.....
Tél. Domicile.....	Tél. Domicile.....
Tél. Travail.....	Tél. Travail.....
Tél. Mobile.....	Tél. Mobile.....
@mail.....	@mail.....

### Situation familiale

<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Célibataires	<input type="checkbox"/> Veufs
<input type="checkbox"/> Pacsés	<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcés ou Séparés

N°CAF /MSA : .....

N° Sécurité Sociale de l'assuré : .....

### Remise du Règlement Intérieur service jeunesse

J'atteste avoir pris connaissance de règlement intérieur du service jeunesse ci-joint

Fait à Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

## Renseignements médicaux

### **MEDECIN TRAITANT :**

Nom : ..... Prénom:.....  
Adresse :.....  
Code Postal ..... Commune :.....  
Téléphone : .....

S'il existe une contre-indication relative à un sport particulier, veuillez le préciser:

.....

L'enfant suit-il un traitement médical régulier :  oui  non

Quelle(s) pathologie(s) ?

.....

Quel(s)traitement (s)?

.....

### **ALLERGIES :**

Asthme : oui  non  Médicamenteuse : oui  non

Alimentaire : oui  non  Autres :.....

Quel(s) traitement(s).....

En cas d'allergie(s) alimentaire(s), de maladie(s) chronique(s), la mairie demandera la mise en place obligatoire d'un **Plan d'Aide Individuel (P.A.I)**.

Joindre un certificat médical, une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

**En cas de tout autre traitement ponctuel (, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### **SUIVI PARAMEDICAL ET MEDICAL**

Tout suivi paramédical (orthophoniste, orthoptiste, psychologue, ...) devra être signalé aux responsables des accueils périscolaires que l'enfant fréquente au moment du rendez-vous médical. Il devra être justifié par un document médical indiquant la nature du suivi ainsi que les horaires de départ et de retour de l'enfant dans l'établissement périscolaire (si besoin).

Une liste des personnes autorisées à accompagner l'enfant sera aussi demandée.

Les enfants ne peuvent être accueillis au sein d'un des accueils en cas de fièvre ou de maladies contagieuses.

Aucun médicament ne sera administré.

## Renseignements médicaux (suite)

### **VACCINATION :**

Les vaccinations doivent être à jour (copie à joindre au dossier).

### **PORT DE LUNETTES, PROTHESES DIVERSES :**

L'enfant porte-t-il des lunettes :

Oui

Non

Si oui, précisez les conditions :

.....

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives :

Oui

Non

Si oui, précisez les conditions :

.....

L'enfant a-t-il des habitudes alimentaires particulières ? Si oui, lesquelles :

.....

Autre(s)cas :

.....

Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

## Assurance

Responsabilité civile :

- Oui  
 Non

Individuelle Accident :

- Oui  
 Non

Compagnie d'Assurance :.....

N° de Police d'Assurance :.....

## Autorisations

Je soussigné(e) .....  
Responsable légal de l'enfant.....

- J'autorise mon enfant à sortir de la structure municipale après les activités du service jeunesse :

Oui

Non

- J'autorise les animateurs de la structure d'accueil à prendre des photos de mon enfant pour l'exploitation interne à l'établissement (book, ateliers, web radio...) ainsi que pour des supports papiers ou numérique (site internet communal, bulletin municipal) :

Oui

Non

Déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche de renseignements.

Je soussigné(e).....

Autorise les responsables des différents accueils périscolaires, centre de loisirs et du Service Jeunesse à prendre le cas échéant toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état médical de l'enfant.

Les parents (ou responsable légal) seront immédiatement contactés.

Clarensac, le ...../...../.....

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant :

## Personnes à prévenir ou autorisées à prendre vos enfants

(En cas d'absence des parents ou du représentant légal)

Le responsable de la structure d'accueil pourra demander une pièce d'identité.

PERSONNES A PREVENIR ET/OU AUTORISEES						
Nom	Prénom	N° Tél. Fixe	N° Portable	Lien de Parenté	Prévenir	Autorisé

Personnes **non autorisées** à venir chercher l'enfant  
(avec pièces justificatives ex : jugement...)

Nom	Prénom	Lien de Parenté

### Documents obligatoires à joindre à la fiche de renseignement :

- Photocopie du certificat de vaccination à jour (carnet de santé)
- Une photo d'identité (écrire le nom de l'enfant au dos de la photo)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile et d'assurance individuelle et extrascolaire
- Une photocopie de l'attestation de paiement récente de la CAF ou MSA
- Une photocopie de l'attestation de quotient familial CAF pour pouvoir prétendre à l'étude de tarifs dégressifs.
- Justificatif de domicile de - 3mois (électricité, eau, gaz, téléphone, avis d'imposition)
- Photocopie de la carte d'identité du ou des parents
- La présente fiche de renseignements
- La Charte de bonne conduite de l'enfant.
- Livret de famille

### Pour les parents séparés ou divorcés :

- La copie du jugement du tribunal concernant la garde de l'enfant