

Fiche Ado

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse : **Idem Resp. 1** **Idem Resp. 2** **Portable :**

Adresse mail du jeune :

Réseau social utilisé (facultatif) :

NOM de l'établissement fréquenté :

Classe :

Adresse de l'établissement : N° **Rue**

Code Postal : **Commune :**

Centre d'intérêt

- Musique Sport individuel Sport collectif Jeux vidéo Lecture Activité manuelle
- Peinture Dessin Autres :

Club sportif ou culturel

- Oui - lequel Non

Jour et Horaires :

Difficultés de santé :

- Allergies : (certificat médical à joindre) Lunettes
 - Prothèses auditives Maladies :
 - Accident ou hospitalisation :
- Merci de préciser ici les précautions à prendre, les recommandations :
-

Type de repas : Classique Sans porc Sans viande

Personnes à contacter en cas d'incident (autre que les responsables légaux) :

Nom : Prénom : Tel :

Nom : Prénom : Tel :

Documents à joindre OBLIGATOIREMENT au dossier :

- La copie des vaccinations du carnet de santé
- L'attestation d'assurance scolaire 2024/2025
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Une attestation de quotient familial récente (CAF, MSA, ...)
- Une cotisation annuelle de 10 euros facturée

● DROIT A L'IMAGE

L'image des enfants ne peut être utilisée sans l'accord de ses responsables légaux.

- Autorise gracieusement la publication d'images de mes enfants qui auront été prises lors de sa participation aux activités organisées par les accueils périscolaires, le restaurant scolaire et la Maison des Loisirs sur tout support de communication relatif à la promotion de ces activités (notamment la presse écrite, les sites internet de la presse, le site internet de la commune et durant les expositions photos). Les photos seront conservées par le service Enfance Jeunesse et archivées.
- N'autorise pas la publication d'images de mes enfants.

Je peux me rétracter à tout moment sur simple demande par mail : cap.ccas@champforgeuil.fr

**Signature du
représentant légal 1 :**

**Signature du
représentant l égal 2 :**

Signature du jeune

FICHE INSCRIPTION ESPACE ADOS

Année scolaire 2024/2025

Responsable légal 1 :

Père Mère Tuteur (trice)

NOM : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du responsable légal 2) NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

☎ Domicile : ☎ Portable :

Profession : Employeur :

☎ Pro :

N° allocataire CAF MSA

Facture mensuelle adressée à : la mère le père Autre

Les factures sont envoyées par mail chaque mois

Adresse mail (obligatoire) :

Responsable légal 2 :

Père Mère Tuteur (trice)

NOM : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du responsable légal 1) NOM : Prénom :

Adresse : Idem Resp. 1 Autre

Code Postal : Commune :

☎ Domicile : ☎ Portable :

Profession : Employeur :

☎ Pro :

Les autorisations

- Autorise la sortie seul de mon adolescent à la fin des activités
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts
- Certifie avoir pris connaissance du règlement en vigueur ci-joint et m'engage à le respecter
- Certifie que mon adolescent ne présente aucune contre-indication physique à la pratique des activités mises en place par l'organisateur
- Autorise mon adolescent à participer aux différentes activités organisées par la commune de CHAMPFORGEUIL (sorties à pied, en bus, en mini-bus, ...)
- M'engage à régler à la commune de CHAMPFORGEUIL les frais incombant à notre famille dans les délais exigés
- Autorise le personnel municipal en charge de mon adolescent à prendre toute mesure d'urgence rendue nécessaire par son état et m'engage à régler les frais éventuellement engagés
- Autorise la consultation des données CAF inscrites sur CAF Partenaires

Signature du
représentant légal 1 :

Signature du
représentant légal 2 :

Signature du jeune