RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFAN

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Père / Mère / Autre (Précisez) :	Père / Mère / Autre (Précisez) :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :

CONTACTS AUTRES QUE LES PARENTS

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

☐ A appeler d'urgence

Téléphone : Portable :

☐ Autorisé (e) à récupérer l'enfant

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

☐ A appeler d'urgence

Téléphone : Portable :

☐ Autorisé (e) à récupérer l'enfant

ASSURANCE

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	Nom de l'assureur :
	Numéro d'affiliation à l'assurance :

SIGNATURE DU RESPONSABLE 1

Je soussigné (e), _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de sante de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale.

Date : _____

Signature :

SIGNATURE DU RESPONSABLE 2

Je soussigné (e) _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (école ou centre de loisirs) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale.

Date : _____

Signature :



PHOTO RÉCENTE

FICHE D'INSCRIPTION - 2026/2027

(En mairie au Pôle Education - 21 Rue de Paris - 95500 LE THILLAY)

ADHÉSION ANNUELLE 40€
Valable du 1er septembre 2026 au 31 août 2027
Hors sorties et séjours.

ADHÉRENT

NOM : ..... PRÉNOM : ..... SEXE : M ☐ F ☐

NÉ(E) LE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... COMMUNE : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : .....

RESPONSABLES LÉGAUX

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM :		
PRÉNOM :		
ADRESSE :		
MAIL :		
TÉL. DOMICILE :		
TÉL. PORTABLE :		

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE

LIEN DE PARENTÉ

NOM / PRÉNOM : ..... N° DE TÉL. : .....

NOM / PRÉNOM : ..... N° DE TÉL. : .....



Centre ados

AUTORISATIONS - 2026/2027

Je soussigné(e) : .....

Responsable de l'enfant (Nom et Prénom) : .....

❒ J'autorise mon enfant à quitter le Centre Ados seul.

❒ J'accepte que mon enfant soit autonome durant les temps de quartiers libres (temps non encadré par les animateurs) lors de certaines sorties/séjours/activités spécifiques.

❒ J'autorise l'équipe d'animation, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de mon enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles, de photographie, de film et/ou d'enregistrement de sa voix sur les réseaux sociaux, le site ainsi que le magazine de la ville.

❒ J'autorise la Direction du Centre Ados, en cas d'accident à prendre toutes les mesures (soins jugés utiles par les autorités compétentes, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

❒ Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Le : Signature du responsable :

Je soussigné(e) : .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du Centre Ados et m'engage à le respecter.

Fait le : Signature de l'adhérent



FICHE SANITAIRE

Centre Ados

INFORMATIONS SUR L'ADOLESCENT

NOM & PRÉNOM : Classe :

DATE DE NAISSANCE : . ☐ GARÇON ☐ FILLE

PHOTO RÉCENTE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'accueil de votre enfant. En cas de modification sur les renseignements indiqués sur cette fiche, il est impératif de contacter le Pôle Education, afin de remplir une nouvelle fiche sanitaire de liaison.

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel
DTPCHb	

(joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est-il en place ?	☐ OUI	☐ NON	
Suit-il un traitement médical régulier ?	☐ OUI	☐ NON	
Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, troubles du comportement, antécédents d'accidents ...)	☐ OUI	☐ NON	
A-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?	☐ OUI	☐ NON	
Allergie alimentaire	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Allergie médicamenteuse	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Autres allergies	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Asthme	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Diabète	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Epilepsie	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :
Autres	☐ OUI	☐ NON	Si oui, préciser :

Si au moins l'une des cases «oui» est cochée, pour assurer la sécurité de l'adolescent, il ne sera accueilli qu'après la signature d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document est à demander au Pôle Education de la Mairie. Vous devez également contacter votre médecin traitant afin qu'il rédige un certificat médical. Aucun médicament ne sera donné à votre enfant, sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES

L'adolescent mange du porc	☐ OUI	☐ NON
L'adolescent porte des lunettes	☐ OUI	☐ NON

L'adolescent a un appareil dentaire	☐ OUI	☐ NON
L'adolescent a un appareil auditif	☐ OUI	☐ NON

NOM du médecin traitant : Téléphone :