

FICHE D'INSCRIPTION PASS'ADOS 2024 - 2025



Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le : Âge :

Classe 2024/2025 :

RENSEIGNEMENTS PARENTS

PARENT 1	PARENT 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Mail :	Mail :

Mon enfant fréquentera l'accueil jeunes entre 14h et 18h le mercredi

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pass'ados

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du Pass'ados : Oui Non

Un programme spécifique sera édité pour les vacances scolaire, une autorisation parentale sera à remplir pour chaque période et des inscriptions seront nécessaires en fonction des places disponibles aux activités.

L'accueil a lieu dans les locaux du service Jeunesse et Sport et sur les structures municipales : leurs règlements intérieurs s'appliquent lors des activités.

AUTORISATIONS PARENTALES

EN CAS D'ACCIDENT

Hôpital ou clinique de référence :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

J'autorise Je n'autorise pas

le responsable à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

POUR LE TRANSPORT EN MINIBUS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,

Autorise N'autorise pas

L'équipe d'animation à véhiculer mon enfant occasionnellement lors des sorties en minibus.

Cette autorisation est valable pour l'année complète.

POUR LE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,

Autorise N'autorise pas

L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des supports de communication print ou web de la ville de Mormant à titre gracieux.

Date et signature du responsable légal pour l'ensemble des autorisations (En cas d'accident, pour le transport en minibus et pour le droit à l'image), précédé de la mention « *lu et approuvé, bon pour accord* » :

PIÈCES À FOURNIR

- Cette fiche d'inscription remplie
- Le règlement intérieur signé par le jeune et son responsable légal
- Votre attestation d'assurance
- La fiche sanitaire remplie
- La cotisation annuelle de 20€, à payer une fois la facture reçue.

RÉGLEMENT INTÉRIEUR DU PASS'ADOS ET DE LA MAISON DES JEUNES

Article 1 : Toute personne entrant au Pass' Ados est tenue d'accepter et de respecter la présente charte.

Article 2 : En cas de forte affluence aux sorties proposées, le responsable se réserve le droit de favoriser les jeunes participant régulièrement à la vie du Pass'Ados (un journal de présence est effectué).

Article 3 : Pour avoir accès au Pass' Ados, il faut :

- Être Mormantais,
- Être âgé de 11 à 18 ans,
- Être inscrit et à jour de sa cotisation
- Avoir signé le présent règlement

Article 4 : l'ordre et la décence doivent être observés à l'intérieur et aux abords de la Maison des jeunes. Tout comportement ou acte contraire à la morale publique pouvant nuire à l'ordre et à la sécurité des adhérents, de l'équipe d'animation ou de voisinage (bagarres, racisme, insultes, trafics, vols, crachats, tags, ...) sera signalé à la Gendarmerie Nationale par la municipalité.

Article 5 : La consommation d'alcool ou de stupéfiants est prohibée aux abords et dans l'enceinte de la Maison des jeunes.

Article 6 : L'accès aux chiens, aux vélos et aux trottinettes est interdit aux abords et dans les locaux de la Maison des jeunes.

Article 7 : Le respect du matériel, du mobilier, des murs et des jeux est obligatoire.

Article 8 : Les usagers du Pass'Ados sont personnellement responsables des accidents qu'ils peuvent occasionner (une assurance Responsabilité Civile est obligatoire).

Article 9 : L'équipe d'animation du Service jeunesse et sport peut, en vertu de ses statuts, exclure un membre contrevenant à cette charte ou agissant de façon irrespectueuse, voir dangereuse envers les usagers. Les parents de mineurs seront informés de tous les faits commis. La Gendarmerie Nationale sera également prévenue.

Date :

Signature du jeune

Date :

Signature du responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
