

FICHE D'INSCRIPTION PASS'ADOS 2025 - 2026



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.

RÈGLEMENT 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

Pour signer, il vous suffit de cliquer sur le logo

**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
Diphtérie	☐	☐		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 ☐ non	VARICELLE ☐ oui ☐ non	ANGINE ☐ oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ ☐ oui ☐ non	SCARLATINE ☐ oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ oui ☐ non	OTITE ☐ oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ oui ☐ non	OREILLONS ☐ oui ☐ non	

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
