

**CLUB ADOS**  
200 rue Charrière Basse – 01340 Montrevel en Bresse  
Tél : 04 74 25 79 43 – Fax : 04 74 25 79 46  
Courriel : jeunesse.montrevel@ca3b.fr

**SEPTEMBRE 2022 – AOUT 2023**

**A propos de votre enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Né(e) le : ..... Sexe : .....  
Collège / Lycée fréquentée : ..... Classe : .....

**Repas spéciaux :** Oui  Non   
Si Oui précisez : sans viande  sans gluten  PAI ALIMENTAIRE  .....  
sans lactose  autres (précisez)  .....

Le centre de loisirs ne peut commander que des repas sans viande, pour les autres régimes spécifiques et les Projets d'Accueil Individualisé (PAI, joindre le protocole au dossier) voir avec le directeur.

**A propos des responsables légaux :**

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/>
Lien de parenté		
Nom, Prénom		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
Adresse de facturation (si différente)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Email		
Profession		
Employeur		
N° téléphone travail		

**Régime allocataire** (CAF, MSA, autre...précisez le département) : .....

Nom exact du titulaire du numéro allocataire : .....

Numéro allocataire : ..... Montant du quotient familial.....

Aides aux vacances 2020 Oui  Non  CE Oui  Non   
2021 Oui  Non  Si Oui Précisez : .....

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal

## Autorisations

Merci de nous indiquer les personnes autorisées et/ou interdites à récupérer votre enfant. Si vous possédez un jugement du tribunal, nous joindre une copie.

Pour toutes personnes non indiquées, une autorisation (courrier, mail) devra être remise à la direction au préalable.

INTERDITES	AUTORISEES	NOMS / PRENOMS	TELEPHONES	LIENS avec l'enfant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation du Club Ados et de son règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- M'engage à payer les frais, déduction faite des aides auxquelles j'ai le droit.
- Accepte que mon enfant participe à toutes les activités proposées et autorisées par la réglementation ; y compris celles nécessitant un transport à l'extérieur de la structure.
- Autorise le directeur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.
- Autorise à ce que mon enfant soit pris en photo    Oui                   Non
- Autorise que son image soit utilisée pour illustrer les documents de promotion des activités par :
  - Affiches, presses (journaux locaux)                  Oui                   Non
  - programmes, documents CA3B                  Oui                   Non
  - Internet, réseaux sociaux                  Oui                   Non
- Autorise mon enfant à rentrer seul (après confirmation du directeur).    Oui                   Non
- Autorise la structure à utiliser Caf Pro et à en archiver les données (en cas de réponse négative, application du tarif maximum). Si Caf Pro n'est pas renseigné, nous vous demanderons votre fiche d'imposition et les prestation CAF que vous percevez.    Oui                   Non

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à [jeunesse.montrevel@ca3b.fr](mailto:jeunesse.montrevel@ca3b.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer aux traitements des données vous concernant.

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal

### Renseignements médicaux

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....  
Nom de l'assurance extra-scolaire ou de la responsabilité civile : ..... N°Contrat : .....  
Numéro de sécurité sociale de l'enfant : .....  
Nom du médecin traitant : ..... Téléphone du médecin : .....

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.**

Votre enfant suit-il un traitement médical Oui  Non

Si Oui, joindre une copie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Votre enfant est-il sujet aux allergies :

<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>PAI (joindre le protocole au dossier)</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>AUTRES CAUSES</u> .....
---	--	---	--	-------------------------------

Précisez 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.....  
.....  
.....

- Vos recommandations utiles : (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc... Merci de préciser) : .....  
.....  
.....

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal

### Attestation de pratique de la natation 2022-2023

Cette attestation nous permet d'emmener votre enfant dans les bassins adéquats.

Si vous détenez un certificat de natation (50m et +) rempli par un maître-nageur, merci de nous en faire parvenir une copie.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (nom du responsable légal) ....., atteste que mon enfant (nom, prénom et âge) .....

Sait nager (50m et +)

Ne sait pas nager (< 50m)

**NB :** Si vous cochez « Ne sait pas nager (<50m) votre enfant portera obligatoirement des brassards ou une ceinture de flottaison. L'attestation de 25m ne nous permet pas non plus de le considérer comme nageur.

Fait à .....

Le .....

Signature du responsable légal

#### **Pièces à fournir :**

- Copie des vaccins.
- Copie de l'attestation d'assurance extra-scolaire ou de responsabilité civile.
- Copie de l'affiliation à la sécurité sociale dont dépend votre enfant.
- Justificatifs d'aides (aides aux vacances CAF, CE...).
- Attestation du quotient familial MSA.
- Copie du diplôme de natation (50 mètres ou plus) ou attestation ci-dessus.