



# Fiche d'inscription

Cap ados 2017/2018

Commune :

## Coordonnées du jeune

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : .....

Portable : .....

Mail : .....

Adresse : .....

## Situation

Scolaire  Apprenti

Établissement scolaire : .....

## Inscription

1<sup>ère</sup> Inscription : OUI  NON  Si non, je viens à l'espace jeunesse depuis : .....

Je suis également inscrit dans un EPN : OUI  NON

**LIGNE RESERVEE A L'ADMINISTRATION** : cotisation (5€ / famille) à jour : OUI  NON

## Coordonnées des parents

Nom			
Prénom			
Tel. Domicile / Travail			
Tél. Portable			
Mail			
<b>N° allocataire CAF</b> (obligatoire)		<b>N° sécurité sociale MSA</b> (si concerné)	

## Autorisations

### > SORTIE :

J'autorise mon enfant à partir seul à l'issue de l'activité OUI  NON

si non, j'autorise

Mme/ Mr....., ou Mme/ Mr....., ou Mme/ Mr.....  
à venir le chercher.

J'autorise les animateurs de l'AIDAL à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités. OUI  NON

### > DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'association AIDAL à diffuser l'image de mon enfant (photo, vidéo) sur ses différents supports de communication (presse, plaquettes, blog...). OUI  NON

**NB : Une autorisation spécifique pourra vous être demandée lors de l'organisation de certaines activités.**

Les parents ont pris connaissance du projet pédagogique de l'AIDAL et acceptent le fonctionnement des EJ.

Fait le..... à.....

Contact

AIDAL, 26 Grand' Rue 49800 ANDARD

☎ 02 41 68 15 72



secretariat@aidal.fr

www.aidal.fr

Signature (des parents pour les mineurs)

---

Contact

AIDAL, 26 Grand' Rue 49800 ANDARD

☎ 02 41 68 15 72



secretariat@aidal.fr

**www.aidal.fr**

# FICHE SANITAIRE

## **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

## **Informations médicales**

OUI  NON  L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI  NON  L'enfant est-il allergique ? Aliments  Médicaments  Asthme

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....  
.....

Indiquez ci-dessous les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....  
.....  
.....

## **Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? Précisez :

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le..... à.....

Signature (des parents pour les mineurs)