

INSCRIPTION CLUB ADOS - 2023/2024**JEUNE**

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ à : _____
 Sexe : F M
 Tél portable : _____ Mail : _____

RESPONSABLES**Contact prioritaire (sms/mail)** Mme M

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____
 à : _____
 Situation familiale : _____
 Adresse : _____

 Tél domicile : _____
 Tél bureau : _____
 Tél portable : _____
 Mail : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

 Mme M

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____
 à : _____
 Situation familiale : _____
 Adresse : _____

 Tél domicile : _____
 Tél bureau : _____
 Tél portable : _____
 Mail : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

CONTACTS autorisés à venir chercher le jeune

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____

INSCRIPTION CLUB ADOS - 2023/2024**JEUNE**

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ à : _____
 Sexe : F M
 Tél portable : _____ Mail : _____

RESPONSABLES**Contact prioritaire (sms/mail)** Mme M

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____
 à : _____
 Situation familiale : _____
 Adresse : _____

 Tél domicile : _____
 Tél bureau : _____
 Tél portable : _____
 Mail : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

 Mme M

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____
 à : _____
 Situation familiale : _____
 Adresse : _____

 Tél domicile : _____
 Tél bureau : _____
 Tél portable : _____
 Mail : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

CONTACTS autorisés à venir chercher le jeune

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Parenté : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M. Mme _____
 autorise mon enfant _____ à :

- participer aux activités et aux sorties du club ados oui non

- venir et à rentrer à son domicile seul et par ses
 propres moyens. oui non

- sortir librement du club ados (city stade, ...). oui non

J'autorise les responsables à prendre toutes les
 mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de
 santé de mon enfant. oui non

J'autorise la municipalité à utiliser l'image de mon
 enfant pour l'illustration du club ados, sur tous
 supports multimédias et réseaux sociaux. oui non

Test d'aisance aquatique (*document à rendre*) Apte

SANTE

Type de vaccin	Dernier rappel	Type de vaccin	Dernier rappel
BCG - monotest	/ /	Méningite	/ /
DT Coqueluche Polyo	/ /	ROR	/ /
Hépatite B	/ /	Varicelle	/ /

Maladie(s) contractée(s)

Angines	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	Yoyos	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>

Autres informations

Allergies alimentaires _____

Allergies médicamenteuses _____

Régime alimentaire _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature _____
La signature vaut acceptation du règlement intérieur

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M. Mme _____
 autorise mon enfant _____ à :

- participer aux activités et aux sorties du club ados. oui non

- venir et à rentrer à son domicile seul et par ses
 propres moyens. oui non

- sortir librement du club ados (city stade, ...). oui non

J'autorise les responsables à prendre toutes les
 mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de
 santé de mon enfant. oui non

J'autorise la municipalité à utiliser l'image de mon
 enfant pour l'illustration du club ados, sur tous
 supports multimédias et réseaux sociaux. oui non

Test d'aisance aquatique (*document à rendre*) Apte

SANTE

Type de vaccin	Dernier rappel	Type de vaccin	Dernier rappel
BCG - monotest	/ /	Méningite	/ /
DT Coqueluche Polyo	/ /	ROR	/ /
Hépatite B	/ /	Varicelle	/ /

Maladie(s) contractée(s)

Angines	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	Yoyos	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>

Autres informations

Allergies alimentaires _____

Allergies médicamenteuses _____

Régime alimentaire _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature _____
La signature vaut acceptation du règlement intérieur