



FICHE D'INSCRIPTION SEXION ADOS

ANNÉE 2020-2021



3 Rue Pierre de Coubertin 15130 YTRAC

04 71 46 83 00

alcentresocialytrac@laposte.net

ENFANT :

Nom :

Date de naissance :/...../.....

Prénom :

Nationalité :

PARENTS :

Parent 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Téléphone travail :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Situation familiale :

Concubin(e)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vie maritale

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Profession :

Employeur :

Téléphone travail :

Téléphone :

Portable :

Mail :

Situation familiale :

Concubin(e)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Vie maritale

Nombre d'enfants à charge :

Nombre d'enfants total :

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

Numéro allocataire CAF :

Numéro allocataire MSA (numéro de sécurité sociale) :

AUTORISATIONS parentale	OUI	NON
Photo / Image (plaquettes, site internet,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport en car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentrer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délivrer des médicaments (sur présentation d'une ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication par SMS et réseaux sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATIONS POUR RÉCUPÉRER VOTRE ENFANT APRÈS L'A.L.S.H. (autre que les parents) :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	AUTORISÉE	INTERDITE *
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si « personne interdite » : fournir décision judiciaire.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS

Nom du médecin traitant : Numéro de téléphone :

Allergies : OUI NON

Si oui : - À quoi ?

- Conduite à tenir :

.....

- Traitement : OUI NON (Si oui, fournir une ordonnance avec les médicaments).

Autres problèmes de santé (fragilité, lunettes, maux de dos, handicap, yoyos dans les oreilles...) :

.....

Contre indication à une activité sportive : OUI NON

Si oui : À quoi ?

Lu et approuvé le

Signature