

Inscription Année 2026 – Espace Ados du Pays d'Orthe et Arrigans

ENFANT : garçon fille

Nom : **Prénom :**

Date et Lieu de naissance :

École fréquentée : **Classe :**

RESPONSABLES LÉGAUX :

vie maritale ; mariés ; séparés ; divorcés ; célibataire ; famille d'accueil

Dans les cas de garde partagée, renseigner en « Responsable 1 » les informations de la personne qui procède à l'inscription de l'enfant.

RESPONSABLE 1 :

NOM / Prénom :

Profession : **Employeur :**

Date de Naissance : **LIEU de NAISSANCE :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Domicile : / / / / / **Travail :** / / / / / **Portable :** / / / / /

@mail (en majuscules) :

Conjoint(e) si séparés :

NOM / Prénom :

Domicile : / / / / / **Travail :** / / / / / **Portable :** / / / / /

RESPONSABLE 2 :

NOM / Prénom :

Profession : **Employeur :**

Date de Naissance : **LIEU de NAISSANCE :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Domicile : / / / / / **Travail :** / / / / / **Portable :** / / / / /

@mail (en majuscules) :

Conjoint(e) si séparés :

NOM / Prénom :

Domicile : / / / / / **Travail :** / / / / / **Portable :** / / / / /

ORGANISMES :

Suivi éducatif : Organisme **Nom éducateur :** **Téléphone :** / / / / /

Prise en charge financière par le C.D (Conseil Départemental) ou l'UDAF oui non

FACTURATION :

Nom de la Caisse d'Allocations Familiales : **N°Allocataire :** **Identité allocataire :** père mère

Montant du Quotient Familial au mois d'Octobre 2025 (pour la CAF) ou Novembre 2025 (MSA) :

Avez-vous la « Carte d'Identité Vacances » de la CAF ou le « Bon Vacances » de la MSA ? OUI – NON

Nombre d'enfants à charge :

Débiteur principal (Personne qui règlera les frais de séjour) : Responsable 1 : **OU** Responsable 2 : **(1 seule personne)**

ASSURANCES OBLIGATOIRES :

- **Garantie Individuelle Accidents Corporels :** Valable du : au ; N° de Contrat :

Nom et adresse de l'agence :

- **Garantie Responsabilité Civile - Vie Privée :** Valable du : au ; N° de Contrat :

Nom et adresse de l'Agence :

Rappel : Joindre au dossier une attestation de **chaque garantie** sur lesquelles figureront les dates de prise et de fin de validité.

ATTENTION : Pour les assurances scolaires, il est important de savoir si les garanties se terminent au dernier jour de l'année scolaire ou à la veille de la rentrée N+1.

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom : **Prénom :** **Qualité :** **Tél. :**

Nom : **Prénom :** **Qualité :** **Tél. :**

Nom : **Prénom :** **Qualité :** **Tél. :**

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Espace Ados et m'engage à le respecter. Ce règlement est affiché au centre et est disponible sous format papier à l'Espace Ados.

Signature des parents :

Pièces à fournir avec le dossier PAPIER :

*Pour les Allocataires CAF : Carte Identité Vacances 2026 ou à défaut

Quotient Familial d'OCTOBRE 2025.

*Pour les Allocataires MSA : Quotient Familial de NOVEMBRE 2025 ET Bon Vacances 2026.

* Copie du PAI (s'il en existe un)

ET trousse de soins

ET ordonnance

ET Autorisation parentale d'administration des médicaments.

Pièces à fournir EN PLUS dans les E- Documents :

*Copie carnet de vaccination (DT-Polio à jour).

*Attestations d'assurance 2025/2026 (Responsabilité Civile ET Individuelle Accidents Corporels) mentionnant les dates de validité (Début ET FIN).

* Extrait du Jugement des Affaires Familiales concernant la garde des enfants pour les parents séparés.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - VACCINATIONS : Merci de porter le carnet de santé ou de fournir la copie des vaccinations. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2 – L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

Médicamenteuses	OUI	NON
Alimentaires	OUI	NON
Asthme	OUI	NON
Autres :		

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (Existence d'un PAI, Cause des Allergies, Régime Alimentaire particulier, Traitement de fond, ...):

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (**fournir le PAI s'il existe**)

.....

.....

.....

Nom Prénom, numéro de téléphone et adresse du Médecin Traitant :

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, trouble) 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 dentaires, rencontre-t-il des difficultés diverses etc... Précisez.

.....

.....

.....

5 – AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES

Je soussigné(e) autorise mon enfant..... à :

A rentrer au domicile seul	OUI -- NON
Participer aux sorties pédagogiques organisées par l'Espace Ados	OUI -- NON
A bénéficier des soins et des transports d'urgence si besoin est	OUI -- NON
Être photographié par l'équipe d'animation dans le cadre des activités de l'Espace Ados	OUI -- NON
Apparaître sur le site de la Communauté de Communes et les pages Facebook de la structure d'accueil	OUI -- NON
A bénéficier des transports dans le cadre des activités	OUI -- NON

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Date :

Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à :

- L'équipe pédagogique pour pouvoir vous joindre en cas d'urgence,
- Calculer la tarification en fonction de votre Q.F.,
- Percevoir les aides des différentes caisses allocataires,
- Répondre à la réglementation relative aux Accueils Collectifs de Mineurs apparaissant dans le code de l'action sociale des familles, ayant comme 1^{er} objet la protection et la sécurité des mineurs.

Les destinataires des données sont : le service enfance jeunesse, la CAF, la MSA, le C.D, le SDJES, les différents services médicaux en cas d'urgence et/ou de contrôle. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au bureau de l'Espace Ados.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.