

Fiche d'inscription TRUC'Ados

Année 2024-2025

	PARENT 1 (payeur)	PARENT 2	
NOM	.....	.....	Jeune : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Prénom	.....	.....	NOM :
		Si différent du Parent 1	Prénom :
Adresse	.....	.....	Né(e) le :/...../.....
		.....	Etablissement scolaire fréquenté) :
Téléphones :			.....
- Domicile	.....	.....	Classe :
- Portable	.....	.....	Le cas échéant :
- Travail	.....	.....	Téléphone portable :
Adresse Mail :	.....	.....	.....
Allocataire (merci de cocher la case) CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			Adresse mail :
N° d'allocataire :	Quotient familial : .....		.....
N° contrat assurance extrascolaire : .....			.....
<i>Merci de présenter les justificatifs (Allocataire et attestation d'assurance)</i>			

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de..... autorise le responsable du service jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant .

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la commune d'Écouflant à prendre des photos ou des vidéos de mon enfant et à les diffuser sur les supports de communication du TRUC 'Ados :

Oui Non

UTILISATION DES DONNEES

J'autorise la commune d'Écouflant à utiliser mes coordonnées personnelles (adresse postale, téléphone, mail) afin de me communiquer des informations relatives au TRUC'Ados et non à des fins commerciales :

Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), responsable légal de

- autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON
- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires lors des sorties (bus, minibus, véhicule individuel): OUI NON

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

NOM	PRENOM	N° de téléphone	Lien avec le jeune

Je certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur

TRUC'Ados
Commune d'ÉCOUFLANT

43 mail des 4 Vents
49000 ECOUFLANT
06-08-47-77-39

trucados@ecouflant.fr

Certifié exact, le
Signature du représentant légal :

NOM ET PRENOM DU JEUNE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

REGIME ALIMENTAIRE :

Classique

Végétarien

Sans Porc

Autres :

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination ou nous fournir les copies du carnet)

VACCINS	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	Autres VACCINS	DATES
Diphthérie				BCG	
Tétanos				Rubéole Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DTP polio					
Ou Tétracoq					

(Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom du jeune avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		

Allergies :

	OUI	NON
Asthme		
Médicamenteuse		
Alimentaire		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou tout autre renseignement que vous jugerez utiles :

TRUC'Ados
Commune d'ÉCOUFLANT

43 mail des 4 Vents
49000 ECOUFLANT
06-08-47-77-39

trucados@ecouflant.fr

Certifié exact, le
Signature du représentant légal :