

QUARTIER : _____ NOM : _____

PRÉNOM : _____

N° TÉL : _____

ADHÉSION							
Famille	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} Semestre	<input type="checkbox"/>	2 ^{ème} Semestre	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>
Adulte	<input type="checkbox"/>	1 ^{er} Semestre	<input type="checkbox"/>	2 ^{ème} Semestre	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>

<p>DOSSIER D'INSCRIPTION PÔLE ADULTES/FAMILLES</p> <p>ANNÉE 20</p> <p>CENTRE SOCIAL MAISON POUR TOUS DE LA MASSE</p>
--

DOCUMENTS À FOURNIR	
CAF/MSA	N° : _____ Quotient familial : _____
IMPÔTS	Ressources nettes imposables : _____
ASSURANCES :	Échéance : _____

Date de paiement : ____ / ____ / 20

Valable jusqu'au : ____ / ____ / 20



Nom, prénom du père :

Adresse :

Code postal :

Date et lieu de naissance :

Adresse mail :

N° tél. fixe :

N° tél. portable :

Profession :

N° de sécurité sociale :

Nom, prénom de la mère :

Adresse :

Code postal :

Date et lieu de naissance :

Adresse mail :

N° tél. fixe :

N° tél. portable :

Profession :

N° de sécurité sociale :

SITUATION FAMILIALE : Célibataire Marié Séparé Veuf Divorcé

Pacsé Parent isolé Parent porteur d'un handicap Enfant porteur d'un handicap

ENFANTS À CHARGE				
	Nom et prénom	Date de naissance	Âge	Établissement scolaire ou profession
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Tarif atelier adulte fréquenté : _____ €

Marche

Gym

Couture

Cuisine

Bricolage

Informatique

Pré-code de la route

Créatif

Tarif atelier famille fréquenté : _____ €

AUTORISATIONS :

Je déclare autoriser la Maison Pour Tous de la Masse à photographier et/ou filmer moi ou mes enfants, dans le cadre des activités du pôle adultes/familles ; reproduire et diffuser en partie ou en totalité ces images sur tout support (papier, numérique, illustration, plastique, site Internet de la Ville, etc.).

Oui

Non

Signature :

Je soussigné(e).....

père, mère, tuteur de(s) enfant(s).....

déclare que mon, mes enfants cités ci-dessus sera/seront sous mon entière responsabilité lors de toutes les activités et sorties familles du Centre social auxquelles je participerai durant l'année 20__

Agen le __ / __ / 20__

Signature :

Année :

20 __

Fiche renseignements PAF

Maison pour Tous de la Masse

Nom, Prénom du Père :

Adresse :

Code postal :

Date et lieu de naissance :

Adresse mail :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Profession :

N° de sécurité sociale :

Nom, Prénom de la Mère :

Adresse :

Code postal :

Date et lieu de naissance :

Adresse mail :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Profession :

N° de sécurité sociale :

Situation familiale : Célibataire Marié Séparé Veuf Divorcé Pacsé

Parent isolé Parent porteur d'un handicap Enfant porteur de handicap

Adhésion : Adulte Famille Semestre Année Non adhérent

Date de paiement : __/__/201__

Adhérent jusqu'au : __/__/201__

ENFANTS A CHARGE

	Nom et prénom	Date de naissance	Age	Etablissement scolaire ou profession
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

DOCUMENTS A FOURNIR

CAF/MSA	N° :	Quotient Familial :
IMPÔTS	Ressources Nettes imposables :	
ASSURANCE :	_____	Echéance : __/__/201__

Tarif atelier adulte fréquenté : €

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marche
<input type="checkbox"/> Gym
<input type="checkbox"/> Couture
<input type="checkbox"/> Cuisine | <input type="checkbox"/> Bricolage
<input type="checkbox"/> Informatique
<input type="checkbox"/> Pré-code
<input type="checkbox"/> Créatif |
|---|--|

Tarif atelier adulte fréquenté : €

Autorisations :

Je déclare autoriser la Maison Pour Tous De La Masse à photographier et/ou filmer moi et mon ou mes enfants, dans le cadre des activités du pôle adultes/familles ; reproduire et diffuser en partie ou en totalité ces images sur tout support (papier, numérique, illustration, plastique, site internet de la ville etc..).

Oui

Signature :

Non

Je soussigné(e).....
 père, mère, tuteur de(s) enfant (s).....

.....
 déclare que mon, mes enfants cité(s) ci-dessus sera/seront sous mon
 entière responsabilité lors de toutes les activités et sorties familles du
 centre social auxquelles je participerai durant l'année 20 __ __

Agen, le __ __ / __ __ / 20 __ __

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs : Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME
 non

oui non

MEDICAMENTEUSES oui

ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

ADRESSE :

TÉL: DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Jesoussigné(e),
.....responsable légal de
l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :



www.agen.fr

Objet : lettre de décharge de responsabilité

Je soussigné(e)
habitant..... parent de

.....déclare avoir fourni une attestation d'assurance de responsabilité civile ne mentionnant pas la couverture individuelle accident et avoir été bien informé par l'équipe du centre social sur les risques couverts et non couverts.

Je déclare dégager de toutes responsabilités Le centre social Maison pour tous de La Masse et l'Administration commune Ville d'Agen – Agglomération d'Agen en cas d'incident individuel de toute nature qui serait causé à moi-même ou à mon enfant lors des sorties et activités.

Fait le :

Signature du représentant légal

(Précédée de la mention lu et approuvé)

.....

.....