

## DOSSIER D'INSCRIPTION ADOS 2017 / 2018

Nom, prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe : .....  
Adhérent d'une section PLL : .....  
N° de téléphone personnel : .....

### RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : Père - Mère - Tuteur (1)

<u>Père</u> :	<u>Mère</u> :
Nom, prénom : .....	Nom, prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
CP + ville : .....	CP + ville : .....
N° de tél : .....	N° de tél : .....
N° de sécurité sociale : .....	N° de sécurité sociale : .....
Profession du père : .....	Profession du père : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Tél : .....	Tél : .....

N° allocataire CAF : .....  
Situation familiale : .....

### SI IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE LES PARENTS, À QUI CONFIER L'ENFANT ?

Nom : ..... Prénom : .....  
Tél : .....

👉 Nous demandons aux parents de prévenir les animateurs lorsqu'une tierce personne vient prendre les enfants au centre et de signer une décharge.

### RÉGIME ALIMENTAIRE À PRÉCISER

Classique ou  Spécifique :  Sans porc  Sans viande

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur les fiches et autorise la responsable du secteur jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

- Autorise mon enfant à participer aux activités et projets du secteur jeunesse (cocher si accord)
- Autorise les responsables du centre de loisirs à le faire soigner et hospitaliser en cas d'urgence
- Autorise l'exploitation éventuelle des photographies prises lors des activités
- Autorise mon enfant à participer aux créneaux Futsall, les mercredis de 16h30 à 17h30 pour les 11-13 ans, ou les mercredis de 17h30 à 18h30 et les vendredis de 17h à 18h30 pour les 14 ans et plus. Ces créneaux sont organisés en partenariat avec le service des sports de la ville de Brest.

Brest, le .....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

**ENFANT**

Nom : .....

Prénom : .....

**VACCINATION**

(Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant)

Date du DT POLIO : .....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Nom du médecin traitant et tél : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?       OUI     NON

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

Il y a-t-il une attestation MDPH ?       OUI     NON

Allergie .....

Allergie médicamenteuse .....

Allergie alimentaire .....

Autre .....

**PRÉCONISATIONS PARTICULIÈRES**

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

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives... Précisez :

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

Brest, le : .....

Signature :

**A REMPLIR PAR LE SERVICE**

Adhésion	Vaccin à jour	Non contagion	Aptitude sportive	Fiche de liaison	Dossier inscription