

### 8- Autorisation parentale annuelle.

Je suis informé(e) que lors de l'inscription au club ados, mon enfant doit être accompagné d'un responsable légal.

J'autorise mon enfant à rentrer seul du club ados à 13h00 :

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul du club ados à 13h00 :

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

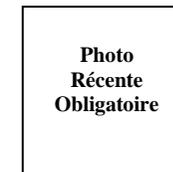
Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à l'accueil de loisirs adolescents.

NOM	PRENOM	LIENS DE PARENTE	TELEPHONE

Toute autre personne non mentionnée ci-dessus ne pourra récupérer mon enfant. Je décharge le club ados de toutes responsabilités à compter du départ de mon enfant.

Date : \_\_\_\_\_ signature du responsable légal :



### Service Jeunesse Club Ados

8, avenue de l'égalité 95250 BEAUCHAMP  
Tél. 06.65.73.88.13 / 06.38.04.23.75  
@ : [cl-ados@ville-beauchamp.fr](mailto:cl-ados@ville-beauchamp.fr)

Cotisation annuelle 2€



### FICHE SANITAIRE CM2 2025

#### 1- L'enfant.

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe :  fille  garçon

#### 2- Modalités d'inscriptions

##### J'ai pris connaissance des points suivants :

- Le club ados est ouvert au CM2 de 9h30 à 13h le mercredi en période scolaire.
- Fournir la fiche sanitaire dûment complétée, signée
- S'acquitter de la cotisation annuelle
- L'obligation de fournir le repas du midi (chaud ou froid)

#### 3- Responsable de l'enfant.

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Téléphone (fixe et portable)

Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Numéro de l'enfant (facultatif) : \_\_\_\_\_

#### 4- Autorisation parentale d'hospitalisation.

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du club ados à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

#### 5- Renseignements médicaux concernant l'enfant.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### L'enfant a t il déjà eu les maladies suivantes :

- |                                    |                                     |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole   | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Otite      | <input type="checkbox"/> Oreillons  |
| <input type="checkbox"/> Angine    | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Rougeole   |

#### Allergies :

- |             |                              |                              |                 |                              |                          |
|-------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|
| Asthme      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> |
| non         |                              |                              |                 |                              |                          |
| Alimentaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Autres _____    |                              |                          |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication le signaler).

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations et.).

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

#### 5- Recommandations utiles des parents.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

#### 6- Autorisation parentale de pratique d'activités.

Par ailleurs, j'autorise la direction du club ados à faire pratiquer à mon enfant toutes les activités programmées :

- Activités sportives, activités manuelles ;
- Activités culturelles ou de détente, ainsi que ;
- Toutes les sorties hors communes (quel que soit le mode de transport).

#### 7- Droit à l'image.

J'autorise la publication et la diffusion de photos ou de vidéos de mon enfant pour toutes activités ou communication du club ados.

OUI

NON