



# FICHE D'ADHÉSION 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

M  F  
SCOLARITÉ : \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS :** Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

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

**ALLERGIES :**      MEDICAMENTEUSES      OUI       NON   
\*ALIMENTAIRES      OUI       NON        AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :**  
**CONDUITE À TENIR :**

## MÉDECIN TRAITANT :

NOM : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE Joindre l'attestation de droits de la sécu. : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DU JEUNE

**SITUATION FAMILIALE :**    Marié       Pacsé/Concubinage       Divorcé       Célibataire      Autres : \_\_\_\_\_

**Responsable N°1 :** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Né(e) : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
TEL DOMICILE \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_ TEL TRAVAIL \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_

**Responsable N°2 :** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Né(e) : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
TEL DOMICILE \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_ TEL TRAVAIL \_\_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_

**COURRIEL (obligatoire) :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e), ....., 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 du jeune, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

## AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) **Nom – Prénom** : \_\_\_\_\_ représentant légal du jeune :

- Autorise à participer aux sorties organisées et utiliser le transport prévu (à pied, en car, minibus, bus...)
- Autorise l'équipe encadrante à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (médecin, SAMU, hospitalisation...).
- Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant pour utilisation sur les différents supports de communication de l'association du Centre SocioCulturel du Cerizéen (site internet, presse, réseaux sociaux). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.

**Je soussigné(e) Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ déclare adhérer au Centre SocioCulturel du Cerizéen. Je m'acquies à ce jour de ma cotisation d'un montant de  10 € (+ 18 ans) ou  5€ (- de 18 ans) pour l'année scolaire 2024/2025.**

Fait à Cerizay, le : \_\_\_\_\_

Signature

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR AU DOSSIER

- Copie des vaccins
- Attestation d'assurance responsabilité civile