

Baignade : Sait nager Joindre le certificat Ne sait pas nager

MÉDECIN TRAITANT :

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

RESPONSABLE DE L'ADO

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) : _____ @ _____

RÉGIME ALLOCATAIRE (obligatoire) : CAF MSA AUTRES _____ (préciser)

N° ALLOCATAIRE : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____ €

LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ADO :

Nom	Prénom	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence ¹	Autorisé à venir chercher mon enfant ¹

Je soussigné(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.

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) Nom – Prénom : _____ représentant légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant (à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs 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 donner les médicaments prescrits par le médecin - *ordonnance à fournir obligatoirement*
- Autorise l'équipe encadrante à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant pour utilisation sur les différents supports de communication de l'association du Centre SocioCultuel du Cerizéen (site internet, presse, réseaux sociaux). En aucun cas la diffusion de ces images ne sera liée à un but commercial.

- Choix 1** : les parents de l'ado lui permettent d'aller et venir comme il le souhaite durant les horaires de l'accueil. Auquel cas il n'y a pas de facturation supplémentaire pour accéder à l'accueil de loisirs 11-14 ans. L'ado sera sous la responsabilité du Centre SocioCultuel lors de sa présence dans notre accueil, et il pourra partir quand il le souhaite. L'accueil de l'ado se fera en fonction des places restantes.
- Choix 2** : les parents souhaitent que leur ado ne puisse pas sortir comme il le souhaite de l'accueil de loisirs 11-14 ans. Auquel cas une tarification s'appliquera.

Tarifs mercredis – Accueil ados		
Quotient familial	Forfait cycle*	Forfait annuel
<1000 €	6 €	25 €
>1000 €	10 €	40 €

*Un cycle est une période scolaire entre deux périodes de vacances peu importe laquelle.

Je soussigné(e) Nom – Prénom : _____ déclare adhérer au Centre SocioCultuel du Cerizéen et accepter le règlement intérieur de l'accueil ados. Je m'acquiesce à ce jour de ma cotisation d'un montant de 15€ (adhésion familiale) pour l'année scolaire 2024/2025.

Fait à Cerizay, le : _____

Signature du responsable légal

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR AU DOSSIER

- Copie des vaccins
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation de droits de la sécu ou CMU

ⁱ Cocher la ou les case(s) souhaitée(s)