

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2021****LE JEUNE**

**NOM**  **Prénom**

Sexe  F  M

Date de naissance : .... / .... / .... Lieu de naissance : .....

Niveau scolaire : .....

☎ portable du jeune

✉ mail du jeune : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(Cette adresse ne sera utilisée que pour vous informer des temps forts liés à la structure : activités, temps conviviaux, camps...et ne sera pas diffusée)

J'autorise le l'Antre Potes à utiliser l'image de mon enfant pour d'éventuelles parutions dans la presse et dans des programmes d'activités diffusés au public (*Entourer la mention utile*)  oui  non

PHOTO

**LA FAMILLE**

	<b>PERE ou Responsable légal</b>	<b>MERE ou responsable légale</b>
<b>NOM, Prénom.....</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Adresse.....</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Code postal, Ville.....</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
☎ domicile <input type="text"/>	☎ portable père <input type="text"/>	☎ portable mère <input type="text"/>
✉ mail de la famille: _____ @ _____ (Cette adresse ne sera utilisée que pour vous informer des temps forts liés à la structure : activités, temps conviviaux, camps...et ne sera pas diffusée)		

**LES EMPLOYEURS**

<b>Profession du père.....</b>	<input type="text"/>
Employeur et téléphone professionnel.....	<input type="text"/>
<b>Profession de la mère.....</b>	<input type="text"/>
Employeur et téléphone professionnel.....	<input type="text"/>

**RENSEIGNEMENTS DIVERS**

**ALLOCATIONS FAMILIALES :**

**Régime Allocataire :** C.A.F    M.S.A    Autres \_\_\_\_\_    Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Personne à laquelle le jeune est rattaché (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_

**SECURITE SOCIALE :**

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :**

Compagnie : \_\_\_\_\_    N° de contrat : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné Mr/Mme/Melle \_\_\_\_\_ représentant légal de \_\_\_\_\_  
**NE L'AUTORISE PAS** à partir seul(e) de l'Antre Potes.

----- **OU** -----

Je soussigné Mr/Mme/Melle \_\_\_\_\_ représentant légal de \_\_\_\_\_  
**L'AUTORISE :**

à partir seul(e) de la structure quand il/elle le souhaite.

à partir seul(e) de la structure aux horaires définis ensemble (Lu : \_\_\_\_ Ma : \_\_\_\_ Mer : \_\_\_\_ Jeu : \_\_\_\_ Ven : \_\_\_\_).

-----

**AUTORISE / N'AUTORISE PAS** (*entourer la mention utile*) les membres de l'équipe d'animation à le/la transporter dans leur véhicule personnel dans le cadre des activités de l'Antre Potes (soirée, sortie...).

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS (remplir le tableau ou joindre une copie du carnet de santé).

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

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 AIGÛ 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                      oui  non   
MÉDICAMENTEUSES            oui  non   
ALIMENTAIRES                    oui  non   
AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**  
(Si automédication le signaler).

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

### **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**En cas de traitement, précisez lequel. Joindre une copie de l'ordonnance du médecin.**

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....

NOM du médecin traitant

☎ :

Je soussigné,.....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de l'Antre Potes à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous êtes informé(e) que les données personnelles collectées sont destinées uniquement pour le traitement « de votre (ou vos) inscription (s) à l'Antre Potes. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données qui vous concernent. Pour exercer ces droits, ou joindre le délégué à la protection des données, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante : [rgpd@cc-sevreloire.fr](mailto:rgpd@cc-sevreloire.fr) . »



L'Antre Potes / Le Landreau  
Hôtel de Ville  
Place de l'Hôtel de Ville  
44430 LE LANDREAU  
Tél : 02.40.06.46.12  
Mail : foyrados.landreau@orange.fr

Le Landreau  
Le 28 décembre 2020,

Aux parents des adhérents  
et aux adhérents  
de l'Antre Potes

## **Objet : Inscription pour l'année 2021**

Madame, Monsieur,

Votre enfant fréquente actuellement l'Antre Potes, accueil de loisirs 10/17 ans, dont la gestion est assurée par la Mairie du Landreau.

Pour son inscription, nous vous prions de bien vouloir nous fournir les documents suivants :

☞ **Pour les familles affiliées à la C.A.F :**

✓ **Le numéro d'allocataire C.A.F.**

☞ **Pour les familles non affiliées à la C.A.F (M.S.A ou non allocataire C.A.F) :**

✓ **Une photocopie de votre avis d'information de la M.S.A. (la plus récente possible),**



**Ou si non :**



✓ **Une photocopie de votre avis d'imposition 2020 (pour l'année 2019).**

☞ **10 € en espèces ou en chèque (à l'ordre du Trésor Public) / 18 € pour deux enfants de la même famille / 26 € pour 3 enfants de la même famille.**

☞ **La fiche d'inscription dûment remplie (une par jeune).**

☞ **Le brevet de nation de 25 m (minimum) pour chaque jeune (pour les activités nautiques).**

Pour les activités payantes, nous appliquons une politique tarifaire selon le Quotient Familial (Q.F.) de chaque famille. Si vous voulez en bénéficier, il faut impérativement fournir les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Enfin, sachez que l'équipe d'animation est à votre disposition et qu'elle se fera un plaisir de répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser.

Cordialement,

Pierre GUINCHE  
Directeur de l'Antre Potes