

L'ANTRE POTES / LE LANDREAU
DOSSIER D'INSCRIPTION 2026

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 l'Antre Potes à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication diffusés au public (Vie Landréenne, presse, réseaux sociaux) (Entourer la mention utile) oui non

PHOTO

LA FAMILLE

PERE ou Responsable légal

NOM, Prénom.....

MERE ou responsable légale

Adresse.....

Code postal, Ville.....

Portable domicile

Portable père

Portable mère

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

Profession du père.....

Employeur et téléphone professionnel.....

Profession de la mère.....

Employeur et téléphone professionnel.....

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...).

L'ANTRE POTES / LE LANDREAU
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
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 AUTRES :

PRECISEZ 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

tel :

.....

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 »



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

Le Landreau
Le 01 janvier 2026,

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

Objet : Inscription pour l'année 2026

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 2025 (pour l'année 2024).

☞ 12 € en espèces ou en chèque (à l'ordre du Trésor Public) / 22€ pour deux enfants de la même famille / 30 € pour 3 enfants de la même famille.

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

☞ Le Pass-nautique ou le teste d'aisance aquatique 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