

FICHE INFORMATIONS - ADO 2026/2027

Informations sur L'ADO

Sexe : MASCULIN FEMININ Prénom _____

Nom _____ Age _____

Date de Naissance _____ Classe _____

Ecole Fréquentée _____ Numéro du jeune _____

Informations RESPONSABLES LEGAUX

Parent 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal, Ville : _____

Téléphone : _____

Téléphone Travail : _____

Profession : _____

E-mail : _____

Parent 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal, Ville : _____

Téléphone : _____

Téléphone Travail : _____

Profession : _____

E-mail : _____

Informations SANITAIRES

Régime Alimentaire : CLASSIQUE SANS PORC VÉGÉ AUTRE : _____

Allergies : Alimentaires : OUI NON Autres (animaux, OUI
Médicamenteuses : OUI NON plantes, pollen...): NON Précisez : _____

Conduite à tenir : _____

Le mineur présente t-il un problème de santé ? Si oui précisez OUI NON _____

Traitements Médicaux : _____

L'enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education de l'Enfant Handicapé) ? OUI NON

Mon Enfant sait-il nager ? OUI NON

AUTORISATIONS / ENTOURAGE FAMILIAL

- J'autorise le Quart'Ney à photographier et/ou filmer mon enfant et à diffuser le contenu sur les supports de communication de la maison de quartier : OUI NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité : OUI NON
- J'autorise le Quart'Ney à transporter mon enfant vers les lieux d'activités : OUI NON

Personnes autorisées à venir chercher mon ado	Lien de parenté	Téléphone

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'ado, _____

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Jeunesse.
- Autorise le Quart'Ney à consulter mon quotient familial via le service CAF PRO.
- M'engage à signaler tout changement de situation familiale, domicile ou n° de téléphone ainsi que tout trouble de la santé de mon enfant et à fournir tout document (certificat médical et ordonnances) ou protocole d'accueil individualisé.
- Autorise le Quart'Ney à traiter les données de ce formulaire afin de créer mon dossier et de gérer mon inscription.

AUTORISE LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE :

- En cas d'urgence médicale à prendre les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital le plus proche.
- A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.
- En cas de malaise ou d'accidents bénins, s'il n'a pu me joindre à mon domicile ou sur mon lieu de travail, à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche.
- Autorise mes enfants à participer à toutes les activités de l'Accueil de Jeunesse permises par la réglementation des accueils collectifs de mineurs
- A transporter mes enfants en véhicule assuré par l'association

Lu et approuvé, le ___/___/_____

SIGNATURE DES RESPONSABLES :

Date

IMPORTANT

Documents à fournir

- **Cette Fiche dûment remplie et Signée**
- **Photocopie du carnet de Vaccination à jour**
- **Attestation CAF datée de moins de 3 mois**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé de l'association du Quart'Ney. Elles sont conservées pendant la durée de votre cotisation et réactualisées chaque année et sont destinées à l'équipe enfance ainsi qu'au secrétariat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat.