

# DOSSIER UNIQUE FAMILLE



## ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES – ÉTÉ 2021

---

### MERCI DE REMPLIR TOUS LES DOCUMENTS :

- ◆ Fiche unique famille (2 pages)
  - ◆ Fiche individuelle 12-17 ans
  - ◆ Autorisation de sortie
  - ◆ Fiche sanitaire de liaison (2 pages)
  - ◆ Autorisation liée à l'image
- 

### MERCI DE JOINDRE ÉGALEMENT :

- ◆ 1 photographie d'identité
- ◆ photocopie des pages du carnet de vaccination du jeune

**Ce dossier devra être complet avant le premier d'accueil du jeune.**

### **Vous pouvez retourner ce dossier et les pièces demandées :**

- Au club ados (sur place ou dans la boîte aux lettres L'ETERLOU située à côté du portail de l'accueil 3-11ans)
- par mail à [ados@mairie-chorges.fr](mailto:ados@mairie-chorges.fr)

*Centre Communal d'Action Sociale*

[www.mairie-chorges.fr](http://www.mairie-chorges.fr)

**ACM ETERLOU 3-17 ans**

**Club ados**

**Tél. : 06 49.89.38.79**

**[ados@mairie-chorges.fr](mailto:ados@mairie-chorges.fr)**



# FICHE UNIQUE FAMILLE



## RESPONSABLE LÉGAL (ALLOCATAIRE CAF) MERE OU PERE

Qualité : .....  
Nom (M. - Mme) : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
E-mail personnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  
 Veuf(ve)  Vie maritale

Employeur : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....

### Nom de la Compagnie d'Assurance :

Adresse : .....  
Téléphone : .....  
N° de contrat : .....

### Organisme versant les prestations familiales :

CAF  MSA  Autre : .....  
Numéro allocataire : .....  
Quotient familial : .....  
Département CAF :  05  autre : .....  
Nombre d'enfants à charge : ..... Nombre de parts : .....  
Facturation alternée :  oui .....  semaine paires  
.....  semaines impaires  
.....  autre : .....  
 Si la facturation alternée ne concerne pas tous les enfants cantiniers du foyer,  
merci de le préciser ci-dessous :

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

**ATTENTION :**  
La facturation alternée nécessite que  
chaque redevable fasse son dossier

## RESPONSABLE LÉGAL MERE OU PERE

Qualité : .....  
Nom (M. - Mme) : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
E-mail personnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
  
Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  
 Veuf(ve)  Vie maritale

Employeur : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....

## AUTRE RESPONSABLE—BELLE-MERE-BEAU-PÈRE-FAMILLE D'ACCUEIL

Qualité : .....  
Nom (M. - Mme) : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
E-mail personnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
  
Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  
 Veuf(ve)  Vie maritale

Employeur : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....

Nous, soussignés (es) \_\_\_\_\_ ,

certifions l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

**Nous reconnaissons avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services auxquels notre (nos) enfant(s) sera (ont) inscrit(s) et déclarons en accepter les modalités et nous engageons à informer le CCAS et la Mairie de tout changement de coordonnées ou d'état civil.**

Date :

Signature des 2 responsables :



# FICHE INDIVIDUELLE 12-17 ans

|   |  |               |  |
|---|--|---------------|--|
| <b>NOM DU JEUNE :</b>                                   |  | <b>PRÉNOM</b> |  |
| Adresse : .....   |  |               |  |
| Téléphone du jeune : ..... E-mail jeune : .....         |  |               |  |
| Date de naissance : .....                               |  | Sexe : .....  |  |
| Nationalité : .....                                     |  |               |  |
| Nom médecin traitant : .....                            |  | Tél. : .....  |  |
| N° sécurité sociale auquel est affilié l'enfant : ..... |  |               |  |

En cas de séparation, préciser l'adresse du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (ou tutelle) :

**INFORMATIONS DIVERSES**

**AUTORISATIONS**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| A participer aux activités Club ados Eterlou  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A être hospitalisé en cas d'urgence   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A utiliser le bus/car en cas de sortie  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| A rentrer seul (écrit obligatoire, voir formulaire)                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autorisation photos/vidéos  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, à une diffusion sur le journal et sur le site internet, le blog, la page Facebook | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Merci de bien répondre à l'ensemble des demandes d'autorisations.

**Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant**  
*(une pièce d'identité sera à présenter au responsable)*

| NOM—PRENOM | TELEPHONE | LIEN DE PARENTE |
|------------|-----------|-----------------|
|            |           |                 |
|            |           |                 |

**Personnes interdites (acte de jugement obligatoire) à récupérer l'enfant**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

Nous, soussignés (es) \_\_\_\_\_, certifions l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier unique.

**Nous reconnaissons avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs du Club ados auxquels notre (nos) jeune(s) sera(ont) inscrit(s) et déclarons en accepter les modalités et nous engageons à informer le CCAS et la Mairie de tout changement de coordonnées ou d'état civil.**

Date :

Signature des 2 responsables :



## AUTORISATION DE SORTIE



Nous, soussignés(es), (noms et prénoms des responsables légaux)

.....  
.....

Autorisons notre (nos) jeune(s) : (indiquez les noms et prénoms)

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

A partir seul du Club ados soit:

|                          | A la fin des activités (17H) | Uniquement 18H30 | Pas d'autorisation de partir seul |
|--------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| Cochez la case souhaitée |                              |                  |                                   |

Nous déchargeons de toute responsabilité le CCAS Club ados après les jours et les horaires mentionnés ci-dessus.

Fait à Chorges, le

Signatures des parents

*Centre Communal d'Action Sociale*

[www.mairie-chorges.fr](http://www.mairie-chorges.fr)

**ACM ETERLOU 3-17 ans**

**Club ados**

**Tél. : 06 49.89.38.79**

**[ados@mairie-chorges.fr](mailto:ados@mairie-chorges.fr)**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

## I-Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

fille     garçon    Date de naissance : ...../...../.....

### Accueil :

CLUB ADOS CHORGES

Ecole élémentaire

05230 CHORGES

Tél : 06 49 89 38 79

## II - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Dernier rappel | Vaccins recommandés  | Date |
|----------------------|----------------|----------------------|------|
| Diphtérie            |                | Hépatite B           |      |
| Tétanos              |                | Rubéole              |      |
| Poliomyélite         |                | Coqueluche           |      |
| ou DT polio          |                | Autres<br>(préciser) |      |
| ou Tétracoq          |                |                      |      |
| B.C.G.               |                |                      |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. - Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## III - Renseignements médicaux :

a) L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires :            NON  OUI

Préciser : .....

Allergies médicamenteuses :    NON  OUI

Préciser : .....

Autres allergies :                    NON  OUI

Préciser : .....

Asthme :                                NON  OUI

Diabète :                                NON  OUI

Epilepsie                                NON  OUI

Autres :                                 NON  OUI

Préciser : .....

b) L'enfant suit-il un traitement médical régulier NON  OUI

*Si oui, joindre ou apporter le jour de l'accueil une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).  
Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement du séjour ? NON  OUI

*Si oui, nous contacter, joindre ou apporter le jour de l'accueil une ordonnance récente, protocole et les médicaments correspondants*

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération)

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

**VI - Recommandations utiles :** Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? NON  OUI

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? NON  OUI

**V – Responsable légal de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant (*père, mère, grand-mère ...*) : .....

Adresse pendant le séjour : .....  
.....  
.....

Tél (s) .....  
.....  
.....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)  
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :



**CLUB ADOS**  
CCAS de Chorges  
rue des écoles  
05230 CHORGES  
ados@mairie-chorges.fr

## AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES

Je soussigné (Nom et Prénom).....  
autorise l'organisateur Club ados - CCAS de Chorges à diffuser les  
photographies prises lors de l'accueil du..... au .....2021  
de mon fils/fille.....

Cette autorisation est valable :

- pour la publication sur la page facebook de l'Eterlou et le site de la mairie de Chorges,
- pour la projection et la diffusion des photos et vidéos dans le club ados ou pour une action menée uniquement par le club ados.

Fait à

Le

Signature :