

# Activités Ados / Salle Ados

SAISON 2020/2021

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone Fixe : ..... Téléphone Portable : .....  
Email : .....  
Régime assurance maladie :  Général (CAF)  Agricole (MSA)  
Numéro Allocataire : .....

**Autorise mon enfant :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Age : .....

**A pratiquer les activités ados organisées pendant la période scolaire les lundis et vendredi (16h00-19h30)**

**Activités du Lundi**

**Activités du Vendredi**

Noms et n° des téléphones des personnes à prévenir en cas d'accident :

.....  
.....

Cocher la case souhaitée :

- Repartir seul(e) après la séance d'activités.  
 J'autorise  Je n'autorise pas
- La diffusion d'une image et/ou de la voix d'un membre de la famille prise dans le cadre des activités nécessite votre autorisation :  J'autorise  Je n'autorise pas
- L'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité après avoir été avisé.  
 J'autorise  Je n'autorise pas

Signature des Parents

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES :** photocopie de l'Assurance Responsabilité Civile, certificat médical de moins de 1 an, justificatif de domicile, vaccinations, Attestation de quotient familial CAF

**TARIF :** Adhésion au Centre Socioculturel 5€/an/ personne ou 8€/an/famille +  
Règlement Activité Ados en fonction du quotient familial.

**Après une séance d'essai, votre enfant ne sera plus accepté si l'intégralité des documents demandés ne nous sont pas retournés.**

**Reprise des activités à partir du Lundi 14 septembre 2020**

**Renseignements et inscriptions**  
Centre socioculturel Louis Nicollin : 07.62.51.10.14,  
[responsable.alshado@marsillargues.fr](mailto:responsable.alshado@marsillargues.fr)

# Fiche Sanitaire

VACCINATION :

DT POLIO	BCG	TEST TURBERCULINIQUE
----------	-----	-------------------------

Date	Vaccin	Date	Vaccin	Date	Vaccin

MALADIE : Entourez les maladies que votre enfant a eu :

RUBEOLE - VARICELLE - SCARLATINE - COQUELUCHE - ROUGEOLE  
OREILLONS - RHUMATISME - ASTHME

AUTRE :

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

ALLERGIE ALIMENTAIRE OU MEDICAMENTEUSE :

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

MEDECIN HABITUEL :

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

NUMERO DE TELEPHONE :

.....

AUTRE OBSERVATION MEDICALE	RECOMMANDATION PARTICULIERE

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

Date :

Signature