



Fiche D'inscription

Local'Ados
Année scolaire 2026-2027

La Palette

9 Place de la Poste - 23800 Dun le Palestel
Tél : 05.87.66.00.00 - Port : 07.60.23.52.53
Email : localados.lapalette@gmail.com



Date d'inscription :

Ados

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	 Âge : ans
Tél. portable :	.../.../....
Email :	@.....
A-t-il des réseaux sociaux ?	☐ Instagram ☐ Facebook ☐ Snapchat

Etablis. scolaire :
à (ville) : en (classe de) :

Est-il assuré ? ☐ oui ☐ non Assureur :

N° du contrat : Date de Début :/...../..... Date de Fin :/...../..... ..

N° du assuré :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale : ☐ oui ☐ non

Lieu d'hospitalisation :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personne pouvant être amener à venir chercher l'ado
Nom - Lien de parenté - Tél.	Nom - Lien de parenté - Tél.
...../...../...../...../.....	/...../...../...../.....
...../...../...../...../.....	/...../...../...../.....
...../...../...../...../.....	/...../...../...../.....

Autorisations de l'ado à :

Partir seul du Local' à toute heure en journée (jusqu'à 19h): ☐ oui ☐ non
Partir seul du Local' à toute heure en soirée/nuite (après 19h): ☐ oui ☐ non
Se rendre seul (sans l'accompagnement d'un adulte De la Palette) du collège au Local' : ☐ oui ☐ non
Partir du collège avec un adulte de La Palette pour se rendre au Local' : ☐ oui ☐ non

Être transporté en véhicule : ☐ oui ☐ non

Être filmé ou photographié: ☐ oui ☐ non

Droit à l'image :

Vous autorisez la prise, l'utilisation et la publication sur internet par la Palette de photos, vidéos sur lesquelles figurent votre enfant, dans le but d'illustration, de rapport ou de documents d'informations : ☐ oui ☐ non

Activités Aquatiques :

"Savoir nager" : ☐ oui ☐ non

Possession du Test autorisant la pratique des sports nautiques : ☐ oui ☐ non

Date d'obtention :/...../.....

Responsable :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(é) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(é) ☐ Veuf(ve)
Adresse et CP :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :
Nous autorisez-vous à vous communiquer des informations par : ☒ sms et ☒ mail
Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....
N° de sécurité Sociale :
N° de département CAF/MSA :
N° CAF ou MSA :
Quotient familial :
Nous autorisez-vous à utiliser Caf pro ? ☐ Oui ☐ Non

Ces données nous servent à
connaître votre QF pour
l'application des tarifs dégressifs

PÈRE (si différent du responsable) :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(é) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(é) ☐ Veuf(ve)
N° de sécurité Sociale : Centre de Sécurité Soc. :
Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :
Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....

MÈRE (si différent du responsable) :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(é) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(é) ☐ Veuf(ve)
N° de sécurité Sociale : Centre de Sécurité Soc. :
Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :
Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....

Observations :

Documents joints à l'inscription :

- | | |
|--|---|
| ☐ Attestation d'assurance pour l'année en cours, | ☐ Règlement intérieur du Local' Ados |
| ☐ Photocopie d'une pièce d'identité (carte ou livret de famille) | ☐ Cotisation annuelle familiale de 7€ |
| ☐ Fiche sanitaire | |

Je soussigné(é),
déclare exacts les renseignements notifiés ci-présents.

Fait à, le/...../.....

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE (SANS PORC, VÉGÉTARIEN, ETC.):

.....

.....

.....

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

[illegible]

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

[illegible]

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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.*

Date :

Signature :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

[illegible]