

# DOSSIER PARENTS FORM'ADOS



Valable du 2 septembre 2023 au 31 août 2024

## Liste des documents à fournir pour compléter le DOSSIER PARENTS :

- Une attestation de responsabilité civile et individuelle accident extrascolaire
- Si votre enfant en a un, le PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- Si votre enfant est porteur de handicap, l'attestation d'allocation de l'enfant handicapé



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour toute question complémentaire : Guillaume Grouas :

07 81 93 25 44 ou à

[inscriptionsformados@gatine-racan.fr](mailto:inscriptionsformados@gatine-racan.fr)

### Renseignements du jeune

Nom et prénom du jeune : .....

Date de naissance : .....Age : .....

Adresse : .....

Téléphone du jeune : .....

Ecole : .....

Classe : .....

N° d'immatriculation de sécurité sociale (sous lequel l'enfant est déclaré) : .....

### RESPONSABLE 1

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : .....

Téléphone personnel : .....

Fixe : .....

Téléphone professionnel : .....

Autorité parentale : OUI  NON

### RESPONSABLE 2

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

E-mail : .....

Téléphone personnel : .....

Fixe : .....

Téléphone professionnel : .....

Autorité parentale : OUI  NON

Situation des parents (facultatif) :

Le jeune est autorisé à repartir seul : OUI  NON

Accompagné uniquement par les responsables indiqués sur ce dossier : OUI  NON

Accompagné par le(s) personnes suivantes (Nom/Prénom/Statut/Numéro de téléphone) :

- .....
- .....
- .....
- .....

### Régime d'Appartenance et Quotient Familial

Numéro CAF, MSA, autre : .....

Quotient Familial (QF) : .....

Fait à .....le.....Signature du/des parents ou du tuteur légal.....

## Fiche Sanitaire

Nom et prénom du jeune : .....

### Vaccins obligatoires (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) :

Tétanos : OUI  NON  DATE : .....  
Poliomyélite : OUI  NON  DATE : .....  
ou DT polio : OUI  NON  DATE : .....  
ou Tétracoq : OUI  NON  DATE : .....  
ROR : OUI  NON  DATE : .....

### Vaccins recommandés (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant) :

Coqueluche : OUI  NON  DATE : .....  
BCG : OUI  NON  DATE : .....  
Diphtérie : OUI  NON  DATE : .....  
Hépatite B : OUI  NON  DATE : .....  
Autres (préciser) : .....

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : OUI  NON   
Angine : OUI  NON   
Varicelle : OUI  NON

Scarlatine : OUI  NON   
Coqueluche : OUI  NON   
Rougeole : OUI  NON

Otites : OUI  NON   
Oreillons : OUI  NON   
Rhumatisme articulaire aigu : OUI  NON

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Pathologies : .....

Traitement / et ou Nom des médicaments : .....

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**Veillez svp remettre à la direction une ordonnance récente et les médicaments correspondants.**

Mise en place obligatoire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) hors temps scolaire : OUI  NON

Pathologies : .....

Traitement / et ou Nom des médicaments : .....

**Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'inscription à l'accueil n'est envisageable qu'après la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé.**

**Merci de prendre RDV avec le directeur de Form'Ados avec la copie du PAI de l'école.**

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

.....  
.....

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires...) :

.....

Je m'engage, moi et mon jeune, à respecter le règlement intérieur disponible à la lecture sur le blog :

<https://accueilsjeunescgcg.jimdofree.com/>

Le jeune est autorisé à partir seul.

J'autorise la prise de photos et vidéos de mon jeune.

Je m'engage à signaler tout changement qui interviendrait au cours de l'année (adresse...).

Je suis informé(e) que la Communauté de Communes ne prendra pas en charge les frais médicaux ou pharmaceutiques encourus, pendant la période de présence du jeune lors des temps d'accueil.

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état du jeune.

**Fait à .....le.....Signature du/des parents ou du tuteur légal.....**