

**ADOS**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

En cas de séparation, merci de fournir une copie du jugement.

<u>1<sup>er</sup> Adulte au foyer</u>	<u>2<sup>ème</sup> Adulte au foyer</u>
<b>Nom :</b> _____	<b>Nom :</b> _____
<b>Prénom :</b> _____	<b>Prénom :</b> _____
Situation familiale (1) : _____	Situation familiale (1) : _____
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Adresse : _____
Commune : _____	Commune : _____
<b>Portable :</b> _____	<b>Portable :</b> _____
<b>Professionnel :</b> _____	<b>Professionnel :</b> _____
<b>Adresse mail :</b> _____	<b>Adresse mail :</b> _____

**Autre Responsable légal**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Nom de jeune fille :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

Situation familiale(1) : \_\_\_\_\_

Autorité parentale : oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

**Téléphone domicile :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE  
Et/ou AUTORISEES A RECUPERER L'ADOLESCENT**

Nom et prénom  <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'ados Lien avec l'ados : Commune : Téléphone :	Nom et prénom  <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'ados Lien avec l'ados : Commune : Téléphone :
Nom et prénom  <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'ados Lien avec l'ados : Commune : Téléphone :	Nom et prénom  <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'ados Lien avec l'ados : Commune : Téléphone :

*Afin de vérifier leur identité, une pièce d'identité pourra être demandée.*

**Renseignements Sanitaires**

**Nom et téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Problèmes médicaux / allergies :** \_\_\_\_\_

**Autres (lunettes, appareil auditifs ...):** \_\_\_\_\_

Merci de fournir un certificat médical pour les problèmes d'allergies.

Merci de fournir une copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'adolescent.

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI**                      **OUI**    **NON**

(Projet d'Accueil Individualisé pour asthme, diabète, allergie alimentaire)

*En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie, par la directrice du centre de loisirs. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

**AUTORISATIONS**

- J'autorise mon adolescent à arriver et partir seul(e) de l'accueil de loisirs : **OUI**    **NON**
- J'autorise mon/mes adolescent(s) à être pris en photos durant les temps d'accueil de loisirs et à la diffusion des images sur les supports de communication de la commune de La Mure notamment les réseaux sociaux et le journal Le Dauphiné Libéré : **OUI**    **NON**
- Je déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du Règlement Intérieur de l'Accueil Ados, et en accepte les termes.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature 1<sup>er</sup> Adulte

Signature 2<sup>ème</sup> Adulte

Signature Autre Responsable Légal