



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*A retourner au Pôle Enfance Jeunesse*

Place Charles de Gaulle  
10430 Rosières-près-Troyes  
Tél : 03 25 82 48 00  
Email : accueil@rosieres10.fr



**Aucune inscription ne pourra être prise en compte sans l'intégralité des renseignements figurant sur cette fiche de renseignements et d'inscription**

**Nom et Prénom du JEUNE :** ..... **Sexe :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**N° Téléphone :** ..... **Adresse e-mail :** .....

\*\*\*\*\*

**Nom de famille et Prénom du PERE :** .....

**Nom d'usage :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse (si différente de celle du jeune) :** .....

**N° Téléphone :** Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**Adresse e-mail :** .....

**Employeur :** ..... **N° de téléphone employeur :** .....

\*\*\*\*\*

**Nom de famille et Prénom de la MERE :** .....

**Nom d'usage :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse (si différente de celle du jeune) :** .....

**N° Téléphone :** Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....

**Adresse e-mail :** .....

**Employeur :** ..... **N° de téléphone employeur :** .....

\*\*\*\*\*

**REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES :** CAF  MSA  Autre (précisez) : .....

L'allocataire est :  le père  la mère N° d'allocataire : .....

\*\*\*\*\*

## **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :**

Compagnie d'assurance : ..... N° de contrat : .....



## **A NE REMPLIR QU'EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS :**

Le destinataire des courriers relatifs au Club Ados sera :

- Le père,
- La mère,
- Les deux.

Le Club Ados devra être facturé :

- au père<sup>(1)</sup>,
- à la mère<sup>(2)</sup>,

*(1) Signature du père obligatoire*

*(2) Signature de la mère obligatoire*

Signature  
du père

Signature  
de la mère

### **EN CAS D'URGENCE**

#### **PERSONNE A CONTACTER :**

**Nom et Prénom :** .....

**Téléphone domicile :** ..... **Portable :** .....

**Téléphone professionnel :** .....

Je soussigné, ....., responsable légal du jeune (nom et prénom) ....., autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

**Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, je souhaite l'admission de mon enfant :**

- Au Centre Hospitalier de Troyes
- Autre établissement (le préciser) : .....

Fait à Rosières, le ...../...../20....

Signature des parents,

***Merci de nous informer de tout changement de situation***

## ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR ET DES CONDITIONS DE TARIFICATION

Je soussigné....., représentant légal  
du jeune (NOM – Prénom) : .....,  
déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement du Club Ados de Rosières et ses conditions  
de tarification pour la période de septembre 2024 à août 2025.

Le...../...../ 20.....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux)  
(Mention Lu et Approuvé)

---

Je soussigné (NOM - Prénom du jeune) .....,  
atteste avoir pris connaissance du règlement du Club Ados de Rosières et m'engage à le respecter et à en  
accepter l'application.

Le...../...../ 20.....

Signature du jeune  
(Mention Lu et Approuvé)

Tournez SVP

## AUTORISATION D'UTILISATION ET DE DIFFUSION D'IMAGES DE SEPTEMBRE 2024 A AOUT 2025

Je soussigné....., représentant légal de (NOM – Prénom) .....,  
Autorisons la commune à utiliser les images (photos, films, enregistrement....) prises à l'occasion  
des activités organisées par le Club Ados dans le cadre de son site internet, de publications communales et  
d'affichage.

Le ...../...../ 20.....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux)



## AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ACTIVITES DU CLUB ADOS

Je soussigné....., représentant légal

du jeune (NOM – Prénom).....l'autorise à repartir seul du Club Ados.

Le ...../...../ 20.....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux)



## DECHARGE PARENTALE POUR DEPART ANTICIPE

Je soussigné....., représentant légal de (NOM – Prénom) .....

l'autorise à quitter seul le club ados si l'activité se termine avant l'heure prévue.

Le ...../...../ 20.....

Signature du(des) représentant(s) légal(aux)



**3 – LES DIFFICULTES DE SANTE :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? Précisez :

.....  
.....

Le jeune suit-il un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien, etc.)? Précisez :

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

**5 – RESPONSABLES DU JEUNE :**

MERE : Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

Numéros de téléphone Fixe : ..... Portable : ..... Professionnel : .....

PERE : Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

Numéros de téléphone Fixe : ..... Portable : ..... Professionnel : .....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

<p><b>En cas d'urgence :</b></p> <p>Je soussigné, ....., responsable légal du jeune, autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.</p> <p>Date : ..... Signature : .....</p>
---

Je soussigné, ....., responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

## **PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION AU CLUB ADOS**

- La fiche de renseignements avec photo d'identité.
- La fiche sanitaire de liaison.
- L'acceptation du règlement intérieur et des conditions de tarification, l'autorisation d'utilisation et de diffusion d'images prises dans le cadre du Club Ados, l'autorisation de sortie et la décharge parentale pour un départ anticipé du Club Ados.
- Une photocopie de la page vaccination du carnet de santé.
- Une photocopie de la Carte vitale.
- Une attestation d'assurance extra-scolaire.
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Un justificatif de garde pour les parents séparés.

