



Modalités d'inscriptions Pôle Ados Nontron



Documents à fournir :

- Fiche renseignement / sanitaire ci joint
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
 - Photocopie carnet de vaccination
 - Photocopie carte mutuelle
- Photocopie assurance scolaire/extra scolaire

Horaires hors vacances scolaires :

Lundi : 10h-16h
Mardi : 9h-17h
Mercredi : 9h-18h30
Jeudi : 9h-17h
Vendredi : 11h30-16h30

Horaires Vacances scolaires :

Lundi : 7H30-18H30
Mardi : 7H30-18H30
Mercredi : 7H30-18H30
Jeudi : 7H30-18H30
Vendredi : 7H30-18H30

Tarifs :

Cotisation annuelle (année scolaire) : 20 €
Repas (vacances scolaires) : 3,50€
Supplément sorties : 50% du prix d'entrée

Accueil des ados :

Tous les jours d'ouverture en accueil libre
(présence animateur)
Mercredis après-midi et vacances scolaires
en accueil de loisirs.

Adresse et contact :

45 Rue André Picaud
24300 Nontron

Bas Lauriane
06.70.02.59.92

localado@ccpn.fr

Groupe facebook : Pôle Ados Nontron

Instagram : pole_ados_nontron



Fiche Renseignement/ Sanitaire Pôle Ados Nontron



ADOS :

NOM :

PRENOM :

DATE NAISSANCE : Garçon : Fille :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Responsable 1 :

Lien parenté:

Nom: Prénom:

Adresse:

Code postal: Commune:

.....
 Portable: Travail:

N° Sécurité sociale rattaché à
l'enfant :
.....
 N° CAF :
.....
 N° MSA :
.....

Responsable 2 :

Lien parenté:

Nom: Prénom:

Adresse:

Code postal: Commune:

.....
 Portable: Travail:

Contact d'urgence
Nom -Prénom :
.....
Téléphone :
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants avec nom de l'enfant inscrit dessus

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

MALADIES	OUI / NON	ALLERGIES	PRÉCISEZ
RUBÉOLE		ASTHME	
VARICELLE		MÉDICAMENTEUSE	
COQUELUCHE			
OREILLONS		ALIMENTAIRES	
SCARLATINE			
ROUGEOLE		AUTRES	

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

(Si PAI il nous faut une copie de celui ci)

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

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Indiquez les difficultés de santé (maladies, hospitalisations...) et/ ou particularités (lentilles, lunettes, prothèses...)

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

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :  :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise / je n'autorise pas le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la structure à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

AUTORISATIONS :

	AUTORISE	N'AUTORISE PAS
Voyager en transport collectif		
Voyager en voiture individuelle		
Sortir de la structure quand l'activité le nécessite		
Sorties organisées par le pôle ados		
Être en autonomie (petit groupe d'ados) quand l'activité le nécessite		
Cigarettes ou cigarettes électroniques (+ 16 ans)		
Droit à l'image (photos, vidéo diffusion réseaux sociaux)		
Rentrer seul du local		
Baignade		

DATE :

SIGNATURE DES PARENTS :