« ACTIONS ADOS »
DOSSIER ANNUEL D'INSCRIPTION
ANNEE 2025

ENFANCE-JEUNESSE
Val de l'Aisne

Pour chaque action, joindre le coupon d'inscription correspondant, accompagné du règlement.
Toutes les rubriques de ce dossier doivent être obligatoirement remplies.

NOM :

PRENOM :

SEXE : ☐ F ☐G

COMMUNE D'HABITATION :

DATE DE NAISSANCE : NATIONALITE :

Documents à fournir :

	Réservé CCVA
➢ Fiche de renseignements administratifs	☐oui ☐non
➢ Fiche de renseignements médicaux	☐oui ☐non
➢ Copie des vaccins et des maladies déjà contractées	☐oui ☐non
➢ Fiche d'autorisations	☐oui ☐non
➢ Copie de l'attestation d'assurance scolaire en cours	☐oui ☐non
➢ Brevet de natation ou/et test d'aisance aquatique	☐oui ☐non
➢ Copie de la carte d'identité	☐oui ☐non
➢ Copie de l'ordonnance en cas de traitement	☐oui ☐non
	Tarif journée :
	Saisie NOE :

Communauté de Communes du Val de l'Aisne
Service enfance jeunesse
20 ter rue du bois Morin 02370 Presles et Boves
03.23.54.05.81 – animation@cc-valdeaisne.fr
Site internet : www.cc-valdeaisne.fr

Nom : Prénom :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

AUTORITE PARENTALE : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur

	PARENT 1	PARENT 2
	☐ **Mère** ☐**Père** ☐ **Tuteur**	☐ **Mère** ☐**Père** ☐ **Tuteur**
Nom et Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Téléphone fixe et portable		
Téléphone profesionnel		
Adresse mail		
Situation familiale		
	☐ Marié ☐ Pacé ☐ En concubinage ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Veuf	☐ Marié ☐ Pacé ☐ En concubinage ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Veuf
Situation professionnelle		
	☐ Salarié du secteur privé ☐ Fonctionnaire ☐ Salarié non titulaire de la fonction publique ☐ Ouvrier ☐ Artisan, indépendant, profession libérale ☐ Agriculteur ☐ Etudiant ☐ Sans emploi ☐ En congé parental	☐ Salarié du secteur privé ☐ Fonctionnaire ☐ Salarié non titulaire de la fonction publique ☐ Ouvrier ☐ Artisan, indépendant, profession libérale ☐ Agriculteur ☐ Etudiant ☐ Sans emploi ☐ En congé parental
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Régime		
Caf	☐ Caf ☐ Msa	☐ Caf ☐ Msa
N° allocataire si Caf		
N° de Sécurité social		

COMPOSITION DE LA FAMILLE

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SCOLARISE *préciser la commune*	NON SCOLARISE *préciser le mode d'accueil*
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE :

Nom.....
Prénom.....
Né(e) le .....Sexe ☐ F ☐G
Groupe sanguin.....
Nageur ☐ OUI ☐ NON
Taille..... Poids..... Pointure.....
Porte-t-il :
☐ lentilles, ☐ lunettes, ☐ appareil dentaire, ☐ appareils auditifs, ☐ semelles ☐ autres.....

MEDECIN TRAITANT :

Nom et adresse.....
Numéro de téléphone.....

A PREVENIR EN CAS D'URGENCE EN PRIORITE :

Personne 1 :
Nom
.....
Prénom.....
...
Numéro de téléphone.....
Lien de parenté avec le jeune.....
Personne 2 :
Nom
.....
Prénom.....
...
Numéro de téléphone.....
Lien de parenté avec le jeune.....

VACCINS ET MALADIES DEJA CONTRACTEES :

Vaccins à jour ☐ Oui ☐ Non
(Merci de joindre obligatoirement la copie)
Indiquer quelles maladies le jeune a déjà eu.....
(Merci de joindre obligatoirement la copie)

TRAITEMENT MEDICAL :

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, pourquoi et quel traitement .....
.....
(Merci de 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)

ALLERGIES :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
AUTRES ☐ Oui ☐ Non / si oui, laquelle ……
Pour toutes allergies, précisez la cause et la conduite à tenir……
……
.
……
.
Autres précautions ou renseignements médicaux importants : ☐ Oui ☐ Non / S*i oui, merci de préciser :*
……
.
……
.

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE : ……

Fait à : …… Le : ……
Je certifie l'exactitude des renseignements indiqués
Signature :

LES AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame..... responsable légal de l'enfant.....

☐ L'autorise et à pratiquer des activités sportives, nautiques, de montagne et diverses

☐ Autorise la CCVA à filmer, enregistrer ou photographier mon enfant et à utiliser ces dernières pour sa communication interne, réseaux sociaux, plaquette et journal. Elles ne feront part d'aucune utilisation, ni être cédée à des fins commerciales à un tiers.

☐ M'engage à ne pas publier sur les réseaux sociaux les photos qui me sont transmises par la structure

☐ Autorise la CCVA à consulter mon dossier sur l'accès « Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires » de la Caf ou sur l'Extra Net de la Msa (Ce sont des accès permettant de consulter en ligne les informations des allocataires, nécessaires pour établir le tarif)

☐ Autorise l'équipe éducative à pratiquer les soins de 1ers secours en cas de maladies et à consulter un médecin si nécessaire et à donner des médicaments avec ordonnance si besoin

☐ L'autorise à être transporter dans tout véhicule de la CCVA

☐ Autorise la Communauté de Communes du Val de l'Aisne à m'envoyer des informations par mail à cette adresse.....

☐ Autorise la Communauté de Communes du Val de l'Aisne à m'envoyer des informations par sms à ce numéro.....

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

VAL DE L'AISNE
Communauté de communes