FICHE D'INSCRIPTION ADOS

11-17 ANS

*ANNEE 2026/2027*

## 1. L'enfant

Nom de l'enfant : _____
Prénom : _____
Date de Naissance : _____/_____/_____ Lieu de naissance : _____

Activité(s) Pratiquée(s) : ACCUEIL DE LOISIRS

Existe-t-il un PAI ☐ oui ☐ non - Existe -t-il un protocole ☐ oui ☐ non (merci de préciser)
_____

Votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ oui ☐ non (merci de préciser et joindre la notification MDPH)
_____
_____

Vous devez obligatoirement fournir les documents correspondants

## 2. Responsables de l'enfant

| | Représentant légal 1 | et/ou Représentant légal 2 |
|---|---|---|
| NOM Prénom<br>Date de naissance | | |
| Adresse | | |
| Téléphone Fixe | | |
| Mail | | |
| Téléphone Portable | | |
| Téléphone Professionnel | | |
| Profession/<br>Employeur | | |
| N° Sécurité Sociale | | |
| Numéro d'allocataire | | |

**MIXCUBE**
**69 Rue des Collonges**
**69230 SAINT GENIS LAVAL**
**accueil@mixcube.fr**
**04.37.20.11.34**

Saint-Genis Laval

## 3 . Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant (hormis les parents) :

**Seules les personnes majeures sont autorisées à récupérer l'enfant**

| Nom | Prénom | Portable | Lien de parenté | Age |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4. Autorisations :

Je soussigné M. / Mme (NOM Prénom) _____

**Merci de cocher les cases :**

☐ Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier sanitaire.

☐ Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées par le Mixcube dans le cas contraire, je m'engage à prévenir la direction par écrit.

☐ Autorise / ☐ n'autorise pas les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.

☐ Autorise / ☐ n'autorise pas les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.

☐ M'engage à rembourser le Mixcube les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.

☐ Autorise / ☐ n'autorise pas mon enfant à repartir seul à la fin des activités.

☐ Certifie avoir souscrit une police d'assurance en responsabilité civile pour mon enfant.

Date : _____ Signature :

**Merci de fournir** :

2 exemplaires : fiche d'inscription, fiche sanitaire, photocopies des vaccins, droit à l'image et le règlement intérieur signé

1 exemplaire : l'avis d'imposition 2024 sur revenu 2025 du foyer fiscal

2 photos d'identité

**MIXCUBE**
**69 Rue des Collonges**
**69230 SAINT GENIS LAVAL**
**accueil@mixcube.fr**
**04.37.20.11.34**

# CESSION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),(nom, prénom) .....

demeurant à l'adresse suivante : ….....

.....…

représentant légal de mon enfant : ….....

né le..../..../.... … à ….....

□ **AUTORISE LA CESSION DE DROIT A L'IMAGE DE MON ENFANT**

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé.

Sur les supports suivants : journal municipal, site internet de la Ville, réseaux sociaux de la Ville et autres supports d'édition.

Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la (ou les) photographie(s) ne devront pas porter atteinte à la réputation de mon enfant ou à sa vie privée.

□ **N'AUTORISE PAS LA CESSION DE DROIT A L'IMAGE DE MON ENFANT**

Fait à Saint-Genis-laval, le ….....…

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

*Vous pouvez nous faire part ultérieurement de votre souhait que la diffusion de ces images, sur quelque support que ce soit, cesse en contactant le service communication de la Ville de Saint-Genis-Laval par courriel à : communication@saintgenislaval.fr*

**MIXCUBE**
**69 Rue des Collonges**
**69230 SAINT GENIS LAVAL**
**accueil@mixcube.fr**
**04.37.20.11.34**

*Code de l'action sociale et des familles*

# Fiche sanitaire de liaison accueil de loisirs

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*
*Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

| | | |
|---|---|---|
| **Enfant :** | ☐ fille ☐ garçon | Date de naissance : |
| Nom : | | Prénom : |
| Adresse : | | |

## I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rubéole | | | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | | |
| ou DT polio | | | | Autres (*préciser*) | | | |
| ou Tétracoq | | | | | | | |
| B.C.G. | | | | | | | |

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.* Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
|---|---|---|---|---|
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | |

*Code de l'action sociale et des familles*

# Fiche sanitaire de liaison accueil de loisirs

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*
*Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

**Enfant :** ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :