

# Dossier d'inscription 2025-2026



## IDENTITÉ JEUNE:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

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

Genre: F / M / Non Genré

Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_

Né à (ville): \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

### PARENT 1

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

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

Téléphone portable: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone pro: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### PARENT 2

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

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

Téléphone portable: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone pro: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS FAMILLE

Numéro allocataire CAF: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale du responsable légal: \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Régime de sécurité sociale:

- Régime général  Régime Maritime  MSA  Autre

Mode de garde de l'adolescent :

- Par ses deux parents  Mère seule  Père seul  Alterné  Autre

Autres enfants à charge dans la famille:

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_ Ecole \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_ Ecole \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_ Ecole \_\_\_\_\_



## SOUHAITS D'INSCRIPTION

**Je souhaite inscrire mon enfant \_\_\_\_\_ aux activités suivantes organisées par le centre social Foyer Fraternel:**

**- Activités passerelles 10/11 ans (élèves de CM2):**

Mercredi 14h00-18h00

Des journées les samedis peuvent être proposés ponctuellement.

Vacances scolaires (Octobre, Février, Avril et Juillet) 9h30-18h

**- Accueil jeunes 11-17 ans:**

Mercredi 14h-18h

Des soirées les vendredis et des journées les samedis peuvent être proposés ponctuellement.

Vacances scolaires (Octobre, Février, Avril et Juillet) 9h30-18h

**- L'accompagnement à la scolarité:**

Mardi 17h15-19h00

Jeudi 17h15-19h00

Les deux

## ACCORD ET SIGNATURE

**Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte son contenu.**

**Fait à .....le .....**

**Signature d'un responsable légal:**



## AUTORISATIONS PARENTALES

### Autorisation de droit à l'image:

J'autorise mon adolescent à être filmé et/ou photographié dans le cadre des activités du centre social.

- Ces images pourront être utilisées en interne ou lors de manifestations organisées par le Foyer Fraternel.  
 oui       non
- Ces images pourront être utilisées sur le compte Instagram du Foyer.  
 oui       non
- Ces images pourront être utilisées sur le site internet du Foyer.  
 oui       non

### Autorisation de sortie - de 14 ans:

J'autorise mon adolescent à quitter seul le centre, sous ma responsabilité à la fin de l'accueil proposé et après accord de l'équipe pédagogique (max 1h avant l'heure de fin indiquée sur les programmes).

**oui**       **non**

### Autorisation de sortie + de 14 ans :

J'autorise mon adolescent à quitter seul le centre, sous ma responsabilité, lorsqu'il le désire et à être libre de ses déplacements.

**oui**       **non**

### Autorisation de soirée:

J'autorise mon adolescent à participer aux animations régulières et ponctuelles du vendredi soir de 18h à 22h (variable selon l'activité).

**oui**       **non**

**Si votre enfant n'est pas autorisé à rentrer seul, nom et prénom des personnes autorisées à venir le chercher:**

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_

Bordeaux, le \_\_/\_\_/\_\_

**Signatures des responsables légaux**

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

**ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		B.C.G.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Autres ( préciser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

**Allergies :**

Médicamenteuses :  Oui  Non Asthme :  Oui  Non  
 Alimentaires :  Oui  Non  Oui  Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :  Oui  Non

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

**RECOMMANDATIONS UTILES :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

**REGIME ALIMENTAIRE:**

Aucun :  Sans Viande :  Sans Porc :  Végétarien :  Autre : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL(E) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Tél. Portable : \_\_\_\_\_ Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif): \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ \*  Lu et approuvé

Signature

Imprimer

Enregistrer



## PROJET PÉDAGOGIQUE

**Le projet pédagogique de l'activité est à votre disposition à l'accueil et auprès des animateurs sur simple demande.**

## PIÈCES OBLIGATOIRE À JOINDRE

- Dossier entièrement renseigné.
- Fiche sanitaire ci-jointe.
- Attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile individuelle accident).
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.
- Adhésion famille à l'association de 14€.
- Inscription annuelle au secteur jeunes 5 €.
- Avis d'imposition (pour le calcul des tarifs)

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté !**