



Année 2024/2025



FAMILLE :

Cadre réservé au secrétariat :

Fiche de renseignements :

☐

Fiche sanitaire :

☐

Photocopie Carte d'identité :

☐

Adhésion à l'association : 20€

☐

(sauf si déjà réglée par la famille du fait de l'inscription d'un autre membre de la fratrie).

Accès Accueil Périscolaire + petites vacances : 50€ / an.

☐

Les sorties spécifiques donnent lieu à une participation financière



CATTENOM SECTEUR JEUNE

Renseignements concernant l'adolescent :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Nom-Prénom :

né(e) le :

Lieu de naissance :

Adresse complète :

Tél. Portable (de l'adolescent) :

Régime alimentaire : normal ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ sans poisson ☐

Renseignements concernant les parents :

	Père Responsable légal <input type="checkbox"/>	Mère Responsable légal <input type="checkbox"/>
Nom - Prénom		
Adresse complète		
Tél. domicile		
Tél. Portable		
Adresse @ :		
Profession		
Nom et Adresse Employeur		
Tél. Employeur		
N° de sécurité sociale		
N° CAF OU MSA		

Tourner la page S.V.P

Personne à contacter en cas d'urgence, si les parents ne sont pas joignables :

Nom-Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse, n° Téléphone

CHARTRE D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e) m'engage à respecter les règles suivantes pour toute activité ou sortie organisées au sein du local ados.

- respect d'autrui (intervenants, animateurs, adolescents, soi-même)
- respect des horaires
- respect des consignes de sécurité
- respect du matériel

Pour toute infraction à ces règles, nous nous donnons le droit de vous interdire la fréquentation du local et de nos activités.

Date :

Signature parents :

Signature adolescent(e) :

Je soussigné(e) Mr-Mme responsable de l'adolescent(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'adolescent.

- ☐ Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives **oui - non**
- ☐ J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches....) **oui - non**
- ☐

Fait à : le :

Signature(s) parent(s) :

Signature de l'adolescent(e):

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]

AUTORISATION PARENTALE

Traitements médicaux, hospitalisation...

Je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

autorise, le Directeur de l'accueil périscolaire, des mercredis récréatifs et accueils de loisirs, à prendre le cas échéant, toutes les mesures traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

X

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Administration de médicament occasionnellement

Je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

Demande aux personnels en charge de l'encadrement au sein de l'association Les Catt'Mômes, d'administrer, suivant la prescription (*), le ou les médicaments à mon (mes) enfant(s).

Je m'engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

X

Date :

Signature :

(*) Lorsque l'enfant est malade nous vous demandons de joindre impérativement la prescription lisible et détaillée du médecin (avec indication du poids de l'enfant et nom équivalent du médicament générique). Sans ordonnance AUCUN médicament ne sera administré à l'enfant.

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation de sortie

Dans le cadre de l'accueil de loisirs du secteur jeunes, je soussigné(e)

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)

☐ L'autorise à rentrer seul à la fin de l'activité principale

☐ **ne l'autorise pas** à rentrer seul et m'engage à venir le récupérer à la fermeture du secteur jeunes **au plus tard à 18h**

X

Date :

Signature :



ASSOCIATION LES CATT'MÔMES LOCAL ADOs

ESPACE LES CATTMÔMES
3 RUE JACQUELINE AURIOL
57570 CATTENOM

WWW.cattmomes.Com





**LE LOCAL ADOS SE SITUE
À L'ESPACE LES CATT'MÔMES
3, RUE JACQUELINE AURIOL À CATTENOM.**

**Y SONT ACCUEILLIS LES JEUNES DE 11 À 17 ANS
DANS UN CADRE PROPICE À LEUR DÉVELOPPEMENT.**

**OUVERT LE LUNDI, MARDI, JEUDI, VENDREDI DE 14H30 À 18H,
LE SECTEUR JEUNES PROPOSE
DIFFÉRENTS PROJETS ET ACTIVITÉS
AU SEIN DE L'ESPACE DÉDIÉ AUX ADOLESCENTS.**

**LE VENDREDI, UNE FOIS PAR TRIMESTRE,
UNE SOIRÉE À THÈME EST PROPOSÉE DE 19H À 22H !**

**LE MERCREDI APRÈS-MIDI LES HORAIRES ET LES ACTIVITÉS
S'ADAPTENT. L'ACCUEIL SE FAIT DÈS 13H30.**

**ENFIN PENDANT LES VACANCES,
UN PROGRAMME TOUT PARTICULIER EST ÉLABORÉ
POUR ENCORE PLUS DE « FUN » !**

**RENSEIGNEZ VOUS AUPRÈS DU SECRETARIAT
TEL : 03 82 83 08 01
SECRETARIAT@CATTMOMES.COM**

OU DIRECTEMENT AUPRÈS DES ANIMATEURS.

