DOSSIER D'INSCRIPTION CLUB ADOS
2025/2026

FICHE ADMINISTRATIVE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADOLESCENT

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe

Ecole fréquentée : Collège de la brie champenoise ❑ Collège Sainte Jeanne d'arc ❑
❑ Autre établissement …….

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
❑ Madame ❑ Monsieur	❑ Madame ❑ Monsieur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /
Qualité du responsable : Mère ❑ Père ❑	Qualité du responsable : Mère ❑ Père ❑
Famille d'accueil ❑	Famille d'accueil ❑
❑ Autre Précisez :	❑ Autre Précisez :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Situation familiale : Marié ❑ Pacsé ❑ Divorcé ❑	Situation familiale : Marié ❑ Pacsé ❑ Divorcé ❑
Veuf (Ve) ❑ Célibataire ❑ Concubinage ❑	Veuf (Ve) ❑ Célibataire ❑ Concubinage ❑
Garde alternée ❑	Garde alternée ❑
Adresse :	Adresse :
Tél portable :	Tél portable :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Email :	Email :

INSCRIPTION MERCREDI, SAMEDI ET VACANCES SCOLAIRES

Inscription à compter du : ……

Jour de présence : ❑ Mercredi ❑ Samedi ❑ Vacances scolaires

Fréquentation : ❑ Régulière ❑ Fréquentation occasionnelle

PERSONNE AUTORISÉE* A RÉCUPÉRER L'ENFANT A LA PLACE DES PARENTS

NOM- PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

Vous autorisez votre enfant :

à repartir seul à la fin de la journée du club ados : ❑ Oui ❑ Non
à effectuer des aller et retour pendant les horaires d'ouverture du club ados : ❑ Oui ❑ Non

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES ET DROIT A L'IMAGE

Le présent document vaut inscription et acceptation du règlement intérieur du club ados, ainsi que du règlement général de protection des données.

Je soussigné (nom, prénom) …….

responsable légal de l'enfant (nom, prénom) …….

certifie sur l'honneur l'exactitude de renseignements ci-dessus et m'engage à communiquer tout changement de situation auprès du service scolaire.
M'engage à respecter, après en avoir pris connaissance, l'ensemble des dispositions énoncées dans le règlement intérieur.

Autorisation d'image :

J'autorise ❑ Je n'autorise pas ❑

Les animateurs du service jeunesse de CCBC à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités.

J'autorise ❑ Je n'autorise pas ❑

Le service jeunesse de la CCBC à publier les photos dans le bulletin intercommunal, sur le site Internet de la CCBC ou sur les réseaux sociaux exclusivement dédiés au club ados.

Fait à Le

Signature du responsable légal

REGLEMENT GENERALE SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

La Communauté de Commune de la Brie Champenoise est responsable du traitement des données personnelles contenues dans le présent formulaire d'inscription. Elle vous informe à ce titre que :

- Le traitement de vos données personnelles est réalisé exclusivement pour la prise en charge de votre enfant dans le cadre de l'accueil et des activités du club ados.
- Le traitement de ces données personnelles dépend d'une obligation légale pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) du 1 de l'article 6 du RGPD.
- Seuls les agents responsables du traitement du service jeunesse ont accès à ces données. Ils sont soumis au secret professionnel par la loi n° 83.634 de la fonction publique et par l'article 226-13 du code pénal. *Certains cas d'urgence peuvent justifier que les pompiers, les forces de l'ordre et services médicaux puissent accéder à certaines de ces informations*. **En aucun cas, elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès. La conservation de ces données personnelles ne peut excéder le terme de l'année civile suivant la sortie de la scolarité du premier degré.**

  Vos droits : Vous pouvez revendiquer le droit à l'information, l'opposition, la portabilité, l'opposition, l'accès, la rectification et à l'effacement de vos données personnelles auprès de la Communauté de Communes de la Brie Champenoise.

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

- Consulter le site de la CCBC https://www.cc-briechampenoise.fr dans la rubrique information RGPD
- Consulter le site de la CNIL https://www.cnil.fr/
- Contacter le Délégué à la Protection des Données de Communauté de commune de la Brie Champenoise via le formulaire de contact suivant : https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx

Par ma signature, je certifie avoir reçu un exemplaire de ce document et en avoir pris connaissance.

RESEAUX SOCIAUX

Vous pouvez nous retrouvez sur nos pages :

Instagram : *ados.dm*

Snapchat : *adosmontmirail*

Mail service jeunesse : jeunesse@cc-briechampenoise.fr

Numéro de téléphone service jeunesse : 06 80 54 61 76

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

NUMERO ALLOCATAIRE CAF : _____

1. 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					

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil jeunesse 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.**

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

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	

ALLERGIES : **MEDICAMENTEUSES** Oui ❑ Non ❑ **ASTHME** Oui ❑ Non ❑

ALIMENTAIRES Oui ❑ Non ❑

AUTRES : …….

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR : ……..

……..

P.A.I (projet d'accueil individualisé) : En cours Oui ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles) Non ❑

Précisez la cause du PAI : ……

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

……

……

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui ❑ Non ❑

DES LUNETTES : Oui ❑ (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non ❑

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui ❑ (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non ❑

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui ❑ (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant) Non ❑

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
……
……

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… PRÉNOM : ……

ADRESSE : ……

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : …… BUREAU : ……

5. EN CAS D'URGENCE

Médecin à prévenir de préférence : Tél :

Lieu médical souhaité en cas d'urgence (Hôpital ou Clinique) :

En cas d'urgence, je soussigné, M. ou Mme …….. autorise le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale avec anesthésie générale sur mon enfant désigné ci-dessus.

Numéro de sécurité sociale (couvrant l'enfant) : …….

Je soussignée, ……responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :