



ADOS

Cadre réservé à l'administration:
DOSSIER ADOS 2019 / 2020
 DATE :

NOM :
 PRÉNOM :
 N° port. :

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
 Code de l'action Sociale et des Familles



garçon fille*
 Date de naissance :

niveau/classe :

Pour les parents séparés* : dossier PAPA ou MAMAN / garde alternée : oui non

Habitudes alimentaires* : sans porc - sans viande - sans poisson - PAT allergie alimentaire

Authorisations :
 • sortir seul de l'activité oui non • être pris en photo oui non

PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	téléphone	VILLE

FACTURATION : Facture envoyée par mail et disponible sur l'espace famille
 Facture format papier par courrier

PARENT 1*

Nom, Prénom : date de naissance :

Adresse :

☑ domicile : ☑ port : ☑ travail :

Adresse mail :

Situation familiale* : marié · célibataire · divorcé · séparé · vie maritale - PACS

Profession :

PARENT 2*

Nom, Prénom : date de naissance :

Adresse :

☑ domicile : ☑ port : ☑ travail :

Adresse mail :

Situation familiale* : marié · célibataire · divorcé · séparé · vie maritale - PACS

Profession :

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et n°) :

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

N° allocataire Caisse d'Allocations Familiales :

Destinataire de la facture* : père · mère · autre (préciser) :

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les conditions.
 Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Vif, le Signature :
 *rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 NOM de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :

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.

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

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT POLIO (obligatoire)	Hépatite B		
Ou Tétracoq	Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Méningite	BCG		
Pneumococcique	Autres (préciser)		
	Autres (préciser)		

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.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non si oui lequel :

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

Allergies	Oui	Non	maladies	Oui	Non	maladies	Oui	Non
Asthme			Rubéole			Coquechucie		
Alimentaires			Varicelle			Otite		
Médicamenteuses			Angine			Rougeole		
autres			Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
			Scarlatine					

si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : port de lunettes, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, etc.; précisez.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom :

ADRESSE : portable : travail :

TEL. fixe : NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

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

Date : Signature :