



Local Ados  
1790 rue de la Haie  
02.32.94.04.51

# DOSSIER D'ADHÉSION AU LOCAL ADOS



## Année 2011/2012

**ADOLESCENT :**

NOM : ..... Prénom : ..... F  M

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

Tel. Portable : .....

**REPRÉSENTANT DE L'ADOLESCENT :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail mère : ..... Portable : .....

Tél. travail père : ..... Portable : .....

**Autre Personne à prévenir en cas d'urgence**

NOM : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Tél. : .....

L'adolescent est-il couvert par une assurance extra-scolaire ?  Oui  Non

<b><u>Réservé à l'administration :</u></b>	
Justificatif de domicile : _____	
Adhésion 5€ :	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque
Justificatif assurance extrascolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lu & approuvé

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du représentant Légal :

**Fiche de Renseignements**

NOM DE L'ADOLESCENT : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (à préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'ado 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'ADOLESCENT**

L'adolescent suit-il un traitement médical ?  **Oui**  **Non**

Lequel : .....

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants si besoin, (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquez ci-après :

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

.....

L'adolescent porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.... Précisez.

.....

**3 - ALLERGIES**

ASTHME :  **Oui**  **Non**

MÉDICAMENTEUSE :  **Oui**  **Non**

ALIMENTAIRE :  **Oui**  **Non**

AUTRES :  **Oui**  **Non**

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication le signaler).

.....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ représentant légal de l'adolescent, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du LOCAL ADOS, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'adolescent.

J'autorise les responsables à diffuser des photos de l'adolescent sur ou dans :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Le Site Internet de la Ville                           | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Le journal de la Ville                                 | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Un journal type Paris Normandie ou journal de Darnétal | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

J'autorise, mon fils, ma fille à utiliser tous moyens de transport proposés par le Local Ados. Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement Intérieur du Local Ados et de la Charte de L'Adolescent.

Lu & approuvé.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature du représentant Légal :