AUTORISATIONS

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)..... autorise mon adolescent à participer aux activités organisées par le Centre Social Rural du Vexin-Thelle. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable des animations, à prendre, dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon adolescent.

AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné(e) .....

autorise mon adolescent ☐ n'autorise pas mon adolescent ☐

à quitter seul les animations pour se rendre à son domicile.

PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ADOLESCENT :

.....

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame .....
responsable de l'adolescent .....

☐ autorise ☐ n'autorise pas

le Centre Social Rural du Vexin-Thelle à utiliser les photos, films de mon adolescent, pris lors des différents moments de vie, pour l'utilisation qui en sera faite : expositions, articles de presse, brochures, site internet, réseaux sociaux du Centre Social Rural.

Fait à ..... le .....

Signature :

Vexin Thelle Centre Social Rural



DOSSIER D'INSCRIPTION ADOS

2025-2026



NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

.....

Email (si autorisation parentale) : .....

N°de téléphone (si autorisation parentale) : .....

Centre Social Rural du Vexin-Thelle
46 ter rue Pierre Budin, 60240 Chaumont-en-Vexin
03 44 49 01 80/ www.csrvexinthelle.fr /contact@csrvexinthelle.fr
Centre Social Rural du Vexin-Thelle-Officiel

Communauté de Communes du Vexin-Thelle · Allocations Familiales Caf de l'Oise · msa santé famille retraite services · oise le département · Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

FICHE ADMINISTRATIVE

NOM/PRENOM du responsable légal : .....

ADRESSE (si différente du jeune) : .....

.....

Régime : **Régime général** ☐ **MSA** ☐ **Autre** ☐

N° de sécurité sociale : .....

N° d'allocataire CAF : .....

Les avis d'imposition du foyer doivent être joints au dossier.

CONTACTS :

MÈRE : Nom : ..... **Prénom**.....

portable : ..... **Email :** .....

PÈRE : Nom : ..... **Prénom**.....

portable : ..... **Email :** .....

TUTEUR LÉGAL (SI DIFFÉRENT DES PARENTS) :

Nom : ..... **Prénom :** .....

portable : ..... **Email :** .....

Autre(s) personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Mr ou Mme .....

portable : .....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINATION

Joindre une photocopie du carnet de vaccination. Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certicat de contre indication. **Le vaccin antitétanique ne peut faire l'objet d'un certificat.**

VACCINS	DATES	RAPPELS
DT polio/DT coq/ Tétracoq		
Antituberculeux (BCG)		
Antivariolique		
Autres vaccins		

Votre adolescent suit-il un traitement OUI ☐ NON ☐

Si le traitement est à prendre pendant sa présence dans notre structure, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom du jeune avec la notice) ainsi qu'une autorisation parentale.
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre adolescent a-t-il une allergie alimentaire ou autre OUI ☐ NON ☐
Si oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....

Votre adolescent a-t-il un P.A.I : OUI ☐ NON ☐
Si oui merci de nous communiquer une copie de celui-ci .

Votre adolescent a-t-il des problèmes de santé : OUI ☐ NON ☐
Si oui, précisez les causes et les précautions à prendre ou recommandations :
.....
.....

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèse, etc...) :
.....
.....