ADHESION SAK'ADOS
2025-2026

Adhésion valable du 17 septembre 2025 au 1 aout 2026

NOM et PRÉNOM de l'enfant :……..……..

Date de naissance :……Classe :…….

REPRESENTANT LEGAL : ☐père ☐mère ☐autre…….

Nom Prénom : ……..……
Adresse……..……
……

N° de téléphone (en cas d'urgence)
☐Mobile……☐Domicile……
Adresse mail :…….

Activité professionnelle ☐oui ☐non
N° de téléphone du lieu de travail (en cas d'urgence) :……

REPRESENTANT LEGAL : ☐père ☐mère ☐autre…….

Nom Prénom : ……..……
Adresse (si différente du représentant légal 1)……..…….
……
……..
N° de téléphone (en cas d'urgence)
☐Mobile……☐Domicile……
Adresse mail :…….

Activité professionnelle ☐oui ☐non
N° de téléphone du lieu de travail (en cas d'urgence) :……

Autre personne à prévenir en cas d'absence des responsables légaux:

Nom Prénom : ……..……
Adresse……..……
……

N° de téléphone (en cas d'urgence)
☐Mobile……☐domicile……

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS :

Nom Prénom	Numéros

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

N° de Sécurité Sociale (sur lequel figure l'enfant en tant qu'ayant droit) :

……..

Organisme :……...

Compagnie d'assurance : ……

N° de police d'assurance :….……..

POUR TOUTE INSCRIPTION PIECES A JOINDRE :

- ☐ La présente fiche d'inscription
- ☐ Une copie de l'attestation d'assurance
- ☐ La photocopie des vaccins

Tous les documents doivent être remplis.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : ……...Prénom :……
Date de naissance :……
GARÇON ❑ FILLE ❑

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

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 ? A titre indicatif

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

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑
MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑ ……
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ ……

AUTRES ALLERGIES……
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
……
……

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑ non ❑
(Joindre le protocole et toutes informations utiles)
……
……
……
……

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

……
……
……

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES **(à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : oui ❑ non ❑
Si oui, préciser……
……
……

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM ……..

ADRESSE.....

N° DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE.....

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

Date : Signature :