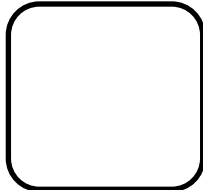


2026-2027

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE JEUNES

Prénom : NOM : Photo 

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ☐ Fille ☐ Garçon

Collège : Classe :

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LA FAMILLE

Parent 1, parent 2, Accueillant familial :	Parent 1, parent 2, accueillant familial :
Autorité parentale: ☐ oui / ☐ non	Autorité parentale: ☐ oui / ☐ non
Prénom NOM :	Prénom NOM :
Adresse :	Adresse :
.....	
portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Profession :	Profession :
travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _	travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
@ e-mail :	@ e-mail :
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ concubinage ☐ mariés ☐ séparés ☐ divorcés ☐ pacsés	
Nombre d'enfant(s) à charge : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 et plus	

INFORMATION POUR LA FACTURATION

Prénom NOM de l'allocataire :

Adresse (si différente de l'adresse principale) :

.....

Régime : ☐ CAF ☐ MSA N° d'allocataire : _ _ _ _ _

Envoi des factures par mail : ☐ oui ☐ non

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER LE JEUNES

Prénom NOM	Lien de parenté	📞 Téléphone mobile	📞 Téléphone domicile

ASSURANCES

Organisme de Sécurité Sociale : N° sécurité sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

NOM de la compagnie d'assurance : N° de contrat :

PIECES à FOURNIR:

- ☐ Copie du livret de famille.
- ☐ Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile.
- ☐ Dernière attestation de quotient familial (QF) de la CAF/MSA.
- ☐ Le pass nautique pour les enfants qui en possède un.
- ☐ Copies des pages des vaccins du carnet de santé.

TOURNEZ SVP ➡

Je soussigné(e)

Parent 1, parent 2, Accueillant familial :

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Mon enfant à utiliser le service de transport mis en place par l'accueil de loisirs

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Droit à l'image :

☐ Autorise en usage externe/interne ☐ Autorise seulement un usage interne ☐ N'autorise pas

L'accueil de loisirs à utiliser les photographies où apparaît mon enfant pour une parution sur les différents supports de communication (plaquettes, article de presse, exposition, bulletins communaux, réseaux sociaux, site internet, etc.) sans limitation de durée.

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Que mon dossier soit transmis à un autre Accueil de loisirs du territoire (Montmoreau, Villebois, Chalais) si nécessaire.

DATE : _ _ / _ _ / _ _ _ _

SIGNATURE DES PARENTS
(mention « lu et approuvé » manuscrite)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le service Enfance Jeunesse de toute modification pouvant intervenir en cours d'année.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et l'accepte dans sa totalité, sans modifications ni réserves.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et, dans certains cas, d'opposition au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données personnelles, vous pouvez contacter l'Association L'Oïson.

Nom et prénom du jeune :

Date de naissance:

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom NOM	📞 Téléphone mobile	📞 Téléphone domicile

NOM du médecin traitant : Dr 📞 : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- ☐ Angine ☐ Coqueluche ☐ Oreillons ☐ Otite ☐ Rhumatisme articulaire aigu
☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ⚠️ Fournir une ordonnance récente au directeur de l'accueil de loisirs précisant la posologie avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant porte t-il des ? ☐ lunettes ☐ prothèses (auditives - dentaires) ☐ autre :

SANTÉ DU JEUNE

Allergies : Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non
 Asthme ☐ Oui ☐ Non

Précisez la conduite à tenir :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) existant ? ☐ Oui Fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés au directeur de l'accueil de loisirs.

Enfant porteurs de handicap ou/et présentant des besoins d'accompagnement spécifiques (TDAH, TOP, TSA,...)

☐ Oui préciser

☐ Non

Bénéficie de l'aide AEEH : ☐ Oui ☐ Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier incluant la fiche sanitaire ainsi que la fiche de renseignements et m'engage à informer le service Enfance Jeunesse de toutes modifications .

DATE : _ _ / _ _ / _ _ _ _

SIGNATURE DES PARENTS



Bulletin d'adhésion à l'association L'OISON Sep 2026 - Août 2027

2 rue de L'Oison Saint Amant 16190 Montmoreau

N° adhérent :
(à remplir par association)

Informations personnelles (si l'adhérent est une personne physique)

Nom, prénom **de l'adhérent principal**

Les autres membres de la famille qui participent aux activités de l'Association l'Oison :

Nom, Prénoms	Date de naissance

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Informations personnelles (si l'adhérent est une personne morale)

Raison sociale : _____

N° SIRET : _____ Forme juridique : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____



Je suis intéressé(e) :

- **Pour découvrir l'association** oui ☐ non ☐

- **Pour devenir bénévole** oui ☐ non ☐

Si oui, vous serez contacté(e) par un membre de l'association pour échanger avec lui.

- **J'autorise / je n'autorise pas *** l'Oison à utiliser mon image et celle de mes enfants dans le cadre d'opérations de communication (site internet, presse locale, diaporama, plaquette, flyers, réseaux sociaux...)

- **J'accepte / je n'accepte pas *** de recevoir par mail les informations liées à la vie de l'Oison.

Je certifie vouloir adhérer à l'Association L'OISON

De ce fait, je reconnais l'objet de l'association, dont j'ai pu consulter les statuts et m'engage à respecter les obligations des membres de l'association qui y figurent. J'accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation est de **7 €**, payable par chèque, espèces ou virement bancaire (**Pour les enfants/jeunes inscrit à l'ALSH 3-11 ou 11-15 le montant de la cotisation se fera sur votre prochaine facture**).

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent _____