

FICHE D INSCRIPTION AD AIR 2025-26

J'INSCRIS MON ENFANT	Nom* : <input type="text"/>	Prénom* : <input type="text"/>
	né·e le* : <input type="text"/>	
	Genre/sexe : <input type="text"/>	
	Tel portable du/de la jeune : <input type="text"/>	
	Mail : <input type="text"/>	

PARENTS ou TUTEUR/ TUTRICE LEGAL·E	Nom* : <input type="text"/>	Prénom* : <input type="text"/>
	Mail* : <input type="text"/>	Portable* : <input type="text"/>
	Adresse* : <input type="text"/>	
	Tel domicile : <input type="text"/>	Tel bureau : <input type="text"/>

	Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
	Mail : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
	Adresse : <input type="text"/>	
	Tel domicile : <input type="text"/>	Tel Bureau : <input type="text"/>
	Régime général ou autre (CAF, MSA, ...) <input type="text"/>	
n° d'allocataire CAF : <input type="text"/>		
Quotient familial : <input type="text"/>		
Situation : <input type="checkbox"/> marié·e·s ? <input type="checkbox"/> pacsé·e·s ? <input type="checkbox"/> célibataire ? <input type="checkbox"/> séparé·e·s ?		

Personne à prévenir si injoignable : ...Tel :
 Cotisation* : Individuelle enfant 10€ Famille 30€

AUTORISATIONS

Je soussigné·e, responsable de l'enfant :

- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions générales d'inscription et les accepte
- J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par VertaPop / Maison de l'Aventure.
- J'autorise le responsable du groupe à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires qu'exige l'état de l'enfant (hospitalisation, transfusion...)
- J'autorise mon enfant à venir et à repartir seul·e** de la Maison de l'Aventure / VertaPop ou de l'espace Jeunes :
- J'ai rempli la Fiche Sanitaire de Liaison et autorise le responsable du groupe à la communiquer au médecin le cas échéant.
- J'autorise (OUI / NON) les représentants de la Maison de l'Aventure à prendre des photos, des vidéos, afin de s'en servir pour la promotion de l'association sur le site internet, ou pour des réalisations internes à l'exception de toute autre utilisation où mon autorisation expresse me sera demandée.
- J'autorise (OUI / NON) l'utilisation de photos ou vidéos représentant mon enfant pour la promotion des événements de l'association sur les réseaux sociaux Facebook et Instagram

* Informations obligatoires

En adhérant à l'EVS Vertapop / Maison de l'Aventure, vous acceptez que ce dernier mémorise et utilise vos données personnelles dans ce formulaire dans le but d'améliorer vos interactions avec lui. Vous l'autorisez à communiquer occasionnellement avec vous, si il le juge nécessaire, afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses projets ou ses événements.

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'EVS VertaPop / Maison de l'Aventure s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au RGPD de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Espace de Vie Sociale VertaPop / Maison de l'Aventure pour la gestion et l'exploitation des activités et des Accueil de Loisirs Les Marmottons et Ad'Air. Elles sont conservées pendant 4 ans et sont destinées aux gestionnaires du service et organismes de contrôle. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le coordinateur par mail à vertapop@maison-aventure.com

À le Signature :

Fiche sanitaire de liaison

NOM : Prénom :
 Date de naissance Age :
 Genre/Sexe : Poids:
 N° de sécurité sociale : Nom de l'assuré·e :

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Tuteur·ice légal·e 1 : ..Tel :
 Tuteur·ice légal·e 2 : ..Tel :
 Autre personne à prévenir : ..Tel :

VACCINS

Vaccins obligatoires : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite → date du dernier rappel :
 Joindre par mail ou papier une copie des pages vaccinations du carnet de santé ou un certificat de vaccination ou un certificat de contre-indication

INFORMATIONS DE SANTE

Allergies : préciser l'allergène et la conduite à tenir en cas de réaction sur un document joint

médicamenteuse :
 Alimentaire :
 respiratoire :
 autre :

Antécédents notables de santé : opérations, maladies chroniques, hospitalisation, trouble mental... :

Traitements en cours et posologies: Merci de nous remettre l'ordonnance et les médicaments dans un sac ou une trousse fermée marquée au nom de l'enfant – et une explication jointe si traitement complexe.

Enurésie : Oui Non Votre enfant est-il/elle réglé·e ? : Oui Non
 Prothèse dentaire : Oui Non Votre enfant fume-t-il/elle ? : Oui Non

Régime alimentaire (végétarien/vegan/sans lactose/sans gluten.... Ou autres restrictions) :

Recommandations utiles :

Je soussigné·e responsable légal·e de l'enfant sus-nommé déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise en cas de nécessité de santé les responsables à prendre toute mesure qui s'avérerait nécessaire à la santé de l'enfant pendant les activités organisées par Vertapop.

Nom et prénom : Date : Signature :