



**ADO**

👤 Nom et prénom : \_\_\_\_\_

📅<sup>17</sup> Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

✉ Mail : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

**PARENT 1**

👤 Nom et prénom : \_\_\_\_\_

📅<sup>17</sup> Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

✉ Mail : \_\_\_\_\_

🏠 Adresse postal : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTIONS – VACANCES D'OCTOBRE**

Formules proposées

- Formule semaine : inscription à toutes les après-midis, pour un coût de 30 €.
- Formule demi-journée : inscription aux demi-journées de votre choix, pour un coût de 5 € par demi-journée.
- ⚠ Exception : le vendredi (soirée spéciale), le tarif est de 10 €.
- 📌 Il est possible de s'inscrire à plusieurs demi-journées.

**FONCTIONNEMENT**

- Horaires : de 14h à 18h, à la salle Champs Fontaine (Route de Péron, 01630 Péron).
- Les ados s'engagent à rester durant l'intégralité du créneau (14h-18h).
- En cas d'absence ou d'empêchement, aucun remboursement ne sera effectué, sauf sur présentation d'un justificatif médical.

**🎃 Spécial Vacances d'Halloween ! 🧛**

Cette année, les jeunes deviennent les créateurs de leur propre soirée !

📌 Dès le début des vacances, ils fabriqueront les décors pour transformer le centre en repaire monstrueusement stylé...

**📅<sup>17</sup> VENDREDI 24 OCTOBRE :**

- 🕒 14h00 → Installation de la grande soirée
- 🕒 18h30 → Préparation & costumes
- 🌙 19h00 à 22h30 → Veillée Halloween spéciale ados !
- 💰 Tarif exceptionnel : 10 €

lundi 20 octobre	Mardi 21 octobre	Mercredi 22 Octobre	Jeudi 23 octobre	Vendredi 24 octobre
Loup garou "Nouvelle Lune"	Murder !  Nouvelle aventure ...	DND Horreur	Tournage chrono " Spécial Horreur "	Installations salle !  Disco Halloween !
Zombie eye ball ( Décor )		Rest In Peace ( Décor )	Bougies diabolique ( Décor )	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PAIEMENT :**

- 🪙  Espèces - Date du paiement : \_\_\_\_\_
- ✉  Chèque - Date du paiement : \_\_\_\_\_
- 🏠  Virement (RIB en pièce jointe) - Date du paiement : \_\_\_\_\_

IBAN / FR76 1780 6004 2004 1573 0254 521 /

BIC / AGRIFRPP878 /FAMILLES RURALES ENFANCE ET JEUNESSE - FR PERON

**Merci d'indiquer le nom de l'ado lors du paiement, quel que soit le mode choisi.**

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :



**ADO**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ <sup>17</sup> Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

J'autorise mon ado à être pris en photo / vidéo : (Pour Instagram / Discord / Facebook / Etc ...) **OUI** **NON**

**PARENT 1**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ <sup>17</sup> Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone Pro : \_\_\_\_\_

**PARENT 2**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ <sup>17</sup> Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone Pro : \_\_\_\_\_

J'autorise mon ado à partir seul : **OUI** **NON** Si non, personnes habilitées à récupérer mon ado.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS**

**! Photocopie carnet de santé obligatoire !**

Si l'ado n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

L'ado a-t'il un traitement médical **OUI**  **NON**

Si oui joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants.  
(boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'ado avec la notice).  
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'ado : \_\_\_\_\_



**L'ADO A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Cocher si oui

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OTITE
<input type="checkbox"/>							

ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE:**

---

---

---

---

---

---

**INFOS IMPORTANTES : (LUNETTES/LENTILLES/PROTHÈSES/ ETC ...)**

---

---

---

---

---

---

**RÉGIME ALIMENTAIRE :** \_\_\_\_\_

**BAIGNADE**    OUI     NON     SE DÉBROUILLE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures( traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ) rendues nécessaires par l'état de l'ado. J'autorise aussi également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon ado de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :