



Inscrit mon enfant au PASS ADO et l'autorise à venir en période scolaire	
Le mercredi après-midi après le collège <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Le vendredi en soirée de 18h à 22h <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
A être acheminé depuis le collège en minibus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Le samedi après-midi pour les sorties (en minibus) , avec coût supplémentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non

- Je soussigné(e), Mme et (ou) Mr** .....déclare avoir pris connaissance et signé la liste des autorisations présentée par l'ESCPP dans le cadre de l'inscription.

  - Avoir fourni la fiche sanitaire et la copie des vaccins : oui    non
  - Avoir fourni un PAI : oui    non
- Je soussigné(e), Mme et (ou) Mr** .....déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique du secteur jeune et du règlement intérieur de l'ESCPP mis à ma disposition à l'accueil et en accepte le fonctionnement
- J'autorise l'ESCPP à conserver les données personnelles** que j'ai fournies pour la saison 2024 e2025, afin de lui permettre de procéder aux vérifications nécessaires dans le cadre de sa gestion.
- J'autorise l'ESCPP à conserver les données médicales** que j'ai fournies pour la saison 2024 - 2025 ( fiche sanitaire et éventuellement PAI )

Signature P1    et (ou)    Signature P2    ou    Signature TLD1    Signature TLD2  
 Mr ou Mme    Mr ou Mme    Mr ou Mme    Mr ou Mme

.....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

## Copie du carnet de santé – page vaccinations à fournir

!! LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg; Taille ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES: ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : p  oui  non  
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES OES PARENTS  
Port des Lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES OU MINEUR  
Responsable N°1 : NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 NOM..... PRÉNOM .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TCL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date Signature



16 bis route de Vassieu – 38390 MONTALIEU-VERCIEU  
Tél : 04 74 88 66 28 – [accueil@escpp.org](mailto:accueil@escpp.org) - [ww.escpp.org](http://ww.escpp.org)

## AUTORISATIONS : .....

Je , soussigné :

Mme.....

Mr.....

Responsables légaux de l'enfant.....

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

## Détails des autorisations

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autorise       | Mon enfants à réaliser des sorties avec le secteur Jeunesse et à prendre les transports utilisés par l'ESCPP          |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas |   |
| <input type="checkbox"/> Autorise       | Le personnel à le (la) photographier durant toute la saison et à utiliser les images pour la communication de l'ESCPP |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas |   |
| <input type="checkbox"/> Autorise       | L'ESCPP ..... à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence   |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas |   |
| <input type="checkbox"/> Autorise       | Mon enfant ..... à quitter seul(e) le secteur jeunesse  |
| <input type="checkbox"/> N'autorise pas |   |

## Signatures

Fait à .....

Le .....

Mme.....

Mr.....

(signature)