

ANIM'ADOS 2025/2026 - DOSSIER D'INSCRIPTION

Dossier à déposer complet en mairie

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION : Date de dépôt du dossier : |__| |__| |__|

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADOLESCENTE / L'ADOLESCENT

Nom et prénom-s de l'adolescente/adolescent	
Date de naissance	
Adresse mel personnelle	
Établissement scolaire fréquenté	
Classe	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS DE L'ADOLESCENTE / L'ADOLESCENT

	<input type="radio"/> Mère*	<input type="radio"/> Père*
Nom		
Prénom		
Adresse : (A compléter si l'adresse est différente pour les parents ou l'adolescent-e)		
Commune		
N° tél portable		
N° tel domicile / professionnel		
Adresse mel		

***Cocher le parent qui peut venir chercher l'adolescente / l'adolescent**

Les changements éventuels du dossier ne seront pris en compte que si le parent référent en fait la demande.

En cas de vie maritale (autre que le père ou la mère) :

Nom et prénom du ou de la conjointe :

N° téléphone mobile :

Situation familiale :

Nombre d'enfant(s) à charge :

- célibataire divorcé-e* veuf/veuve pacsé-e
 marié-e séparé-e* vie maritale

*fournir la copie du jugement du tribunal en cas de divorce ou de séparation (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence de l'enfant et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

Numéro allocataire CAF : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

	OUI	NON
J'autorise la collectivité à consulter mes informations CAF sur le service CDAP (Consultation du dossier allocataire par les partenaires)		

N° de sécurité sociale de la ou du responsable de l'adolescente / l'adolescent :

|__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Vaccins de l'adolescente / l'adolescent :

	Vaccins	Date du dernier rappel
	Diphtérie – Tétanos – Polio – Coqueluche	

Si elle ou il n'est pas vacciné-e, pourquoi ?

.....

Indiquez les difficultés de santé qu'elle ou il a déjà rencontrées en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

..... Date : |__| |__| __|

..... Date : |__| |__| __|

Autres renseignements concernant sa santé :

.....

Médecin traitant :

Nom et prénom : N° de téléphone :

Adresse :

Recommandations des parents :

.....

Régime alimentaire de l'adolescente / l'adolescent :

- Tout aliment Sans viande PAI *

*PAI : fournir le protocole d'accueil individualisé en raison d'un régime alimentaire particulier (Sous réserve de compatibilité avec l'accueil en collectivité)

DÉCHARGE DES PARENTS

En cas d'empêchement, j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon adolescente/ adolescent à la sortie des activités.

si une des personnes autorisées à venir chercher l'enfant est mineure, le préciser à l'équipe d'animation qui appellera les parents avant de laisser partir l'adolescente / l'adolescent

Nom, prénom	
Tél mobile / domicile	

Nom, prénom	
Tél mobile / domicile	

AUTORISATIONS DES PARENTS

	OUI	NON
En journée , j'autorise mon adolescente/adolescent à quitter seul-e « Anim'ados » à la fin des animations en journée, depuis le local Anim'ados ou depuis le lieu où est organisée l'animation, la sortie À compter de ce moment, je décharge la municipalité et l'équipe d'encadrement de toute responsabilité		
Le soir après 22 heures , j'autorise mon adolescente/adolescent à rentrer seul-e depuis le local Anim'ados ou depuis le lieu où est organisée l'animation, la sortie À compter de ce moment, je décharge la municipalité et l'équipe d'encadrement de toute responsabilité		
J'autorise, la commune et Léo Lagrange à diffuser des photographies, reportages ou films, sur lesquels figure mon adolescente/adolescent lors de l'ensemble des activités proposées		
J'autorise, le cas échéant, mon adolescente/adolescent « fumeur-e » à fumer dans les endroits prévus à cet effet		

Merci de bien vouloir cocher l'ensemble des cases

	Autorise les animateurs à faire intervenir les services d'urgences en cas de nécessité due à l'état de l'adolescente/adolescent et m'engage à payer tous les frais médicaux et pharmaceutiques incombant à la famille. Les parents seront prévenus dans les plus brefs délais
	Autorise mon adolescente/adolescent à utiliser les moyens de transport en commun, mis en place dans le cadre des activités qui se déroulent à l'extérieur (sorties hors Malzéville, sorties du soir, ...)
	Déclare que mon adolescente/adolescent ne présente aucune contradiction à la pratique du sport
	Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription
	Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur « Anim'ados » et nous y conformer.

À Malzéville, le

Signature de l'adolescente/l'adolescent

Signature de la, du ou des responsables de l'adolescente / l'adolescent

DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT AU MOMENT DU DÉPÔT DU DOSSIER

Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois	
Livret de famille (pages parents et enfant) ou acte de naissance	
Copie du carnet de vaccination	
Attestation d'assurance (responsabilité civile)	
Copie du jugement du tribunal en cas de divorce ou de séparation (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence de l'enfant et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)	
Attestation quotient familial CAF (Si vous ne possédez pas de QF CAF, et uniquement dans ce cas précis, joindre l'avis d'imposition de 2024 sur les revenus de 2023)	
Protocole d'accueil individualisé en raison d'un régime alimentaire (PAI)	

Les données personnelles collectées par renseignement de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé mis en place par les services de la mairie de Malzéville et destiné à instruire votre demande. Le responsable de traitement est Monsieur le Maire de Malzéville. La base légale du traitement est l'intérêt légitime (Cf. Article 6.1.f) du Règlement européen (RGPD) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles. Pour exercer le droit d'accès, de rectification ou d'opposition aux données personnelles me concernant, il convient de s'adresser par courriel à cnil@grandnancy.eu ou par courrier à la Déléguée à la Protection des Données : Métropole du Grand Nancy, 22-24, viaduc Kennedy c.o. n°80036, 54035 NANCY Cedex