

## DOSSIER D'ADHESION 2019/2020

N°.....

### Renseignements sur l'adhérent

**Nom & Prénom de l'adhérent :** ..... Sexe : F  M

**Date et lieu de naissance :** ..... **Nationalité :** .....

**Adresse :** ..... **Résidence :** .....

..... **Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Quartier :**  Berthe  Présentation  Mouissèques  Maurelle  Autre : .....

**Mail :** .....

#### Scolarité :

**Ecole :** ..... **Classe :** .....

**Professeur principal :** .....

#### Assurance de l'enfant : (A joindre obligatoirement au dossier)

**Nom :** ..... **N°** .....

**Représentant légal :**  Les 2 parents  Mère  Père  Autre .....

**En cas de séparation ou de divorce, quel parent à l'autorité ?** .....

(Joindre obligatoirement un Justificatif du tribunal)

**L'autre parent est-il autorisé à prendre l'enfant ?**  Oui  Non

### Renseignements sur les parents

(A REMPLIR SI L'ADHERENT EST MINEUR)

**PERE**

**Nom & Prénom :** .....

**Nationalité :** .....

**Date de naissance :** .....

**Situation familiale :** .....

Séparé, divorcé  Célibataire  Marié/ Pacsé  Veuf

#### **Situation socio-professionnelle :**

Demandeur d'emploi  Salarié  RSA

Invalide  Formation  Autre

**Tél Portable :** .....

**Tél Domicile :** .....

**Tél Professionnel :** .....

**Mutuelle :** .....

**Numéro allocataire CAF :** .....

**Numéro Sécurité Sociale :** .....

**MERE**

**Nom & Prénom :** .....

**Nationalité :** .....

**Date de naissance :** .....

**Situation familiale :** .....

Séparé, divorcé  Célibataire  Marié/ Pacsé  Veuf

#### **Situation socio-professionnelle :**

Demandeur d'emploi  Salariée  RSA

Invalide  Formation  Autre

**Tél Portable :** .....

**Tél Domicile :** .....

**Tél Professionnel :** .....

**Mutuelle :** .....

**Numéro allocataire CAF :** .....

**Numéro Sécurité Sociale :** .....



**FICHE SANITAIRE**  
(A REMPLIR SI L'ADHERENT EST MINEUR)



**A remplir par l'adhérent**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?     Oui     Non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES**

- Rubéole                       Varicelle                       Angine                       Rhumatisme                       Otite                       Scarlatine  
 Articulaires                       Coqueluche                       Rougeole                       Oreillons

Autres : .....

**ALLERGIES**

Asthme :  Oui     Non

Alimentaires :  Oui     Non

Précisez : .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, auditives ...

Précisez: .....

**VACCINATIONS A REMPLIR (vaccins obligatoires et recommandés)**

Dates	OUI/NON	Derniers rappels
<b>DTP/Revaxis</b> (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		
<b>Tétravac/Répevax/Tétracoq</b> (dt coqueluche)		
<b>Infanrix</b> <b>Quinta/pentavac/pentacoq</b>		
<b>Infanrix hexa</b> (dt hépatite B)		
<b>Genhevac/Hb vax/Engerix B</b> (dt Hépatite B)		

Vaccins	OUI/NON	Derniers rappels
<b>Meningitec</b> (Meningite C)		
<b>Meningococcique A+C</b> (Meningite A et C)		
<b>ROR/Priorix/MMR vax pro</b> (Rubéole, Oreillons, Rougeole)		
<b>BCG SSI, monavax</b> (tuberculose)		
Autres (à préciser)		

**Joindre impérativement au dossier la photocopie du carnet de vaccination**



## AUTORISATIONS

(A REMPLIR SI L'ADHERENT EST MINEUR)

### Procuration parentale

Autorise ..... Téléphone .....

Autorise ..... Téléphone .....

Autorise ..... Téléphone .....

A récupérer mon enfant dès la fin du centre de loisirs ou/et de l'accompagnement à la scolarité et décharge l'association de toute responsabilité.

### Photos :

Autorise                       N'autorise pas

L'association Nouvel Horizon à utiliser l'image de mon enfant en dehors de ses locaux, sur le site de l'association et pour diverses activités

### Départ du centre

J'autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin de toutes activités

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul dès la fin de toutes activités.

- Tout changement concernant cette autorisation devra être impérativement signalé, faute de quoi l'association sera déchargée de toute responsabilité.
- Toute personne n'étant ni représentant légal de l'enfant et ne possédant pas de procuration ne pourra récupérer un enfant.

### Les inscriptions sont définitives lors de la remise du dossier COMPLET :

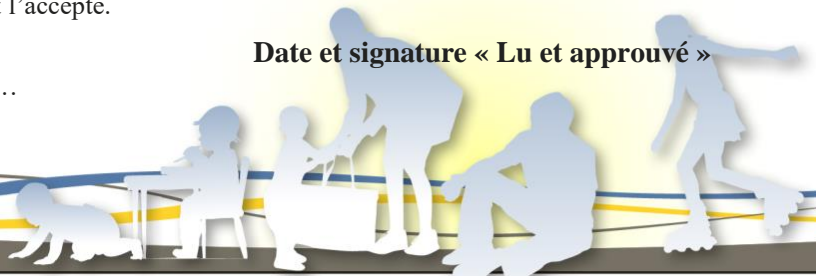
- Dossier rempli et signé
- **Assurance, responsabilité civile (obligatoire !!!!!)**
- Règlement de l'adhésion (10 €)
- **Photocopie du carnet de vaccination (obligatoire !!!!!)**
- En cas de divorce, copie de la décision judiciaire concernant la garde de l'enfant.

### L'association se réserve le droit de refuser un dossier incomplet.

Je soussigné Mme/M. ....responsable légal de l'enfant.....  
.....déclare exact les renseignements apportés à ce dossier. J'atteste également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association Nouvel Horizon et l'accepte.

Fait à La Seyne, le .....

**Date et signature « Lu et approuvé »**



## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Toute adhésion d'un enfant induit l'adhésion automatique (et gratuite) de ses parents ou tuteurs légaux (voir règlement intérieur)

L'association Nouvel Horizon est ouverte du Lundi au Vendredi **de 9h à 12h et de 14h à 19h.**

**Vous pouvez nous contacter au :**

# NOUVEL HORIZON

Les Vendanges Bât 1  
108 Av. Stéphane Hessel  
83500 La Seyne Sur Mer  
Tél : 04.94.10.90.75 / Fax : 04.94.10.85.58  
Email : [contact@nouvelhorizon83.fr](mailto:contact@nouvelhorizon83.fr)  
[www.nh83.fr](http://www.nh83.fr)



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

### Les secteurs de votre choix

- Accueil de loisirs sans hébergement
- Accompagnement à la scolarité
- Famille

