Rosières
près Troyes

Édition
2025-2026

DOSSIER D'INSCRIPTION

CLUB ADO

de 10* à 16 ans,
* jeunes scolarisés à partir du collège (ouvert au CM2 pour les vacances de printemps et d'été)

Pour plus d'informations, contactez-nous au 03 25 82 48 00 ou accueil@rosieres10.fr
Mairie de Rosières-près-Troyes - Place Charles-de-Gaulle - 10430 Rosières près Troyes

LES ÉTAPES

À retourner au Pôle Enfance-Jeunesse

Étape 1 :
Retour du dossier d'inscription au Club Ados

• Une fiche de renseignements
• Une fiche sanitaire de liaison
• L'autorisation de cession du droit à l'image d'une personne mineure

Sans un retour de ces documents complétés et signés, votre enfant ne pourra pas avoir accès aux activités du Club Ados.

Pièces à fournir lors de l'inscription au Club Ados

- ☐ Pièces à fournir lors de l'inscription au Club Ados
- ☐ Fiche de renseignements avec photo d'identité.
- ☐ Fiche sanitaire de liaison.
- ☐ Acceptation du règlement intérieur et des conditions de tarification, l'autorisation d'utilisation et de diffusion d'images prises dans le cadre du Club Ados, l'autorisation de sortie et la décharge parentale pour un départ anticipé du Club Ados.
- ☐ Photocopie de la page vaccination du carnet de santé.
- ☐ Photocopie de la Carte vitale.
- ☐ Attestation d'assurance extra-scolaire.
- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- ☐ Justificatif de garde pour les parents séparés.

Étape 2 :
Inscription en ligne aux activités du Club Ados

Dès le retour du dossier d'inscription en mairie, un mail vous sera adressé avec vos identifiants de connexion à l'espace Famille.

Le règlement intérieur du Club Ados est consultable et téléchargeable sur le site de la commune : www.commune-rosieres10.fr (rubrique Enfance-Jeunesse)

CLUB ADOS

AUCUNE INSCRIPTION NE POURRA ÊTRE PRISE EN COMPTE SANS LE RETOUR DE L'INTÉGRALITÉ DES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS CETTE FICHE AINSI QUE DANS LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON.

Merci de nous informer de tout changement au cours de l'année 2025-2026

En remplissant ce formulaire, vous acceptez que vos données personnelles soient collectées. Les informations ainsi recueillies font l'objet d'un traitement informatique de la part de la Mairie de Rosières-près-Troyes et sont réservées au fonctionnement du Pôle Enfance-Jeunesse et à la facturation du Club Ados par le Pôle Finances. Elles sont conservées pendant toute la durée de l'inscription de l'enfant au Club Ados de Rosières-près-Troyes. Conformément au Règlement européen sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits (accès, information, opposition, rectification, limitation, portabilité) en contactant le Délégué à la Protection des Données, CDG 10, rond-point Winston Churchill, 10300 SAINTE SAVINE ou dpo@cdg10.fr ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille Date de naissance : ...../...../.....

Adresse postale : .....

Tél. : ..... Adresse e-mail : .....

Parent 1

Nom : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse postale : .....
(si différente de celle de l'enfant)

.....

E-mail : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone employeur : .....

Sans profession ☐

Parent 2

Nom : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse postale : .....
(si différente de celle de l'enfant)

.....

E-mail : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone employeur : .....

Sans profession ☐

Régime alimentaire

Information nécessaire dans le cadre de l'organisation de soirées ados ou de participation à un séjour :

☐ Menu classique ☐ Menu végétarien protéiné

Utilisation de l'espace Famille

Avec cet outil, vous pourrez :
- Inscrire vos enfants au Club Ados
- Consulter les réservations effectuées et éventuellement les modifier,
- Payer vos réservations au Club Ados.

☐ **Nous sommes déjà utilisateurs de l'espace Famille.** Vos identifiants de connexion et mot de passe restent inchangés.

☐ **Nous n'avons pas encore utilisé l'espace Famille et souhaitons l'utiliser à compter de septembre 2025.**

Adresse mail à utiliser pour l'espace Famille : .....
Cette adresse mail servira d'identifiant de connexion.

Une fois votre demande traitée par le Pôle Enfance-Jeunesse, vous recevrez par mail un lien d'activation vous permettant d'accéder à l'espace Famille (merci de vérifier que ce mail ne se trouve pas dans vos courriers indésirables).

Régime allocataire

Régime : ☐ CAF ☐ MSA Autres (précisez) : . . . . . N° allocataire : . . . . . .

L'allocataire est : ☐ le père ☐ la mère

Autorisation de consultation d'informations de la base allocataire de la CAF de l'Aube

À compléter par le parent déclaré à la CAF comme allocataire

À ne remplir que pour les parents dépendant du régime général CAF. Les autres parents devront fournir une attestation de quotient familial délivrée par le régime dont ils dépendent.

Nous autorisons la Commune de Rosières-près-Troyes à consulter les données de mon compte allocataire CAF, limitativement nécessaires au calcul du tarif applicable à l'accueil de loisirs :

☐ OUI ☐ NON

À défaut de cette autorisation et sans transmission d'une attestation de quotient familial, le Pôle Enfance-Jeunesse sera dans l'obligation d'appliquer le tarif le plus élevé aux familles concernées.

Assurance Responsabilité civile

Compagnie : . . . . . .

N° de contrat : . . . . . .

Joindre une attestation d'assurance en responsabilité civile en cours de validité.

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . .

Téléphone fixe : . . . . . Téléphone portable : . . . . . Autre : . . . . . .

Je soussigné, ..., responsable légal du jeune (Nom, Prénom)

. . . . . autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, je souhaite l'admission de mon enfant :

☐ au Centre Hospitalier de Troyes ☐ autre établissement (le préciser) : . . . . . .

Sortie après les activités du Club Ados

Nous autorisons notre enfant à repartir seul du Club Ados :

☐ OUI ☐ NON

Décharge parentale pour départ anticipé

Nous autorisons notre enfant à quitter seul le Club Ados si l'activité se termine avant l'heure prévue :

☐ OUI ☐ NON

Autorisation pour la prise ou l'application de traitement

Le Pôle Enfance-Jeunesse de la Commune de Rosières-près-Troyes peut être amené à appliquer, en cas de besoin, les premiers soins à votre enfant (écorchure, coups de soleil, piqure, douleur, etc.). Certains produits nécessitent votre autorisation avant d'être appliqués ou donnés par les animateurs.

Merci de bien vouloir cocher les produits pour lesquels vous autorisez la prise ou l'application :

- ☐ Crème apaisante contre les piqures (type Apaisyl)
- ☐ Crème apaisante pour les brûlures, coups de soleil (type Biafine)
- ☐ Crème solaire
- ☐ Désinfectant pour plaie (dyaseptyl)
- ☐ Crème ou baume contre les coups (type Hémoclar)
- ☐ Arnica (en granules homéopathiques)

Si vous ne souhaitez pas autoriser l'application de ces produits, nous utiliserons du savon de Marseille liquide, compresses, sérum physiologique et poches réfrigérées (à l'intérieur des locaux).

Nous, soussignés, ...
CERTIFIONS l'exactitude des informations indiquées sur la présente fiche de renseignements et **DÉCLARONS** avoir pris connaissance des conditions de tarification pour l'année scolaire 2025-2026 et du règlement intérieur du Club Ados que nous nous engageons à respecter.

Lu et approuvé Le : .....

Signature des parents ou du représentant légal

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MINEURE

Le responsable de traitement : Mairie de Rosières-près-Troyes

1. Finalités administratives

Autorisation des représentants légaux*	Finalités et moyens	Durée de conservation	Destinataires de la diffusion
☐ OUI ☐ NON	Photo/vidéo : gestion administrative du dossier	Année scolaire	Agents du Pôle Enfance-Jeunesse de la Commune de Rosières
☐ OUI ☐ NON	Photo/vidéo : activités et sorties pédagogiques du Pôle Enfance-Jeunesse	Année scolaire	Informations municipales (site internet, magazines, réseaux sociaux)

** Les représentants légaux doivent cocher les cases OUI/NON. L'absence de case cochée vaut refus (NON).*

2. Autorisation parentale

Je, soussigné (Nom, prénom Parent 1) : . . . . . .

et (Nom, prénom Parent 2) : . . . . . .

agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de l'enfant mineur (Nom-Prénom) : . . . . . .

☐ AUTORISE (AUTORISONS) la captation la fixation, l'enregistrement, la reproduction et la diffusion de l'image de mon(notre) enfant sur laquelle il pourra apparaitre de manière individualisée et identifiable et l'utilisation qui en sera faite conformément aux objectifs et modalités exprimés ci-dessus.

☐ CERTIFIE (CERTIFIONS) que le mineur que je(nous) représente(ons) n'est lié par aucun contrat d'exclusivité relatif à l'utilisation de son image et/ou de son nom.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux et exclusif sans aucune contrepartie de quelque nature que ce soit. Le producteur de l'œuvre audio-visuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive dont il pourra sélectionner librement tout ou partie ainsi qu'ajouter ou retirer tous sons, musiques, commentaires, incrustations ou à intervenir par tous procédés techniques (tel que floutage) dans le respect de la réputation et de la vie privée. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

Le : . . . . . .

Signature Parent 1 :

Signature Parent 2 :

3. Mention RGPD

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de mon autorisation d'exploitation du droit à l'image et la gestion des traitements impliquant ce droit à l'image (selon finalités et modes d'exploitation acceptés ci-dessus). La base légale du traitement est le consentement (à l'exclusion de la finalité de la photo dans le dossier administratif qui peut être considérée comme un intérêt légitime par le Responsable de Traitement). Les données personnelles résultant des traitements impliquant ce droit à l'image et que vous avez expressément autorisés sont conservées selon les durées indiquées ci-dessus.
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles. Les traitements étant soumis à consentement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.
Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : c.guillaumont@rosieres10.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr par téléphone au 01 53 73 22 22 ou par voie postale à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI 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
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ 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 DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU 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 TEL MEDECIN TRAITANT : ……

Je soussigné(e)……..., responsable légal du mineur, 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 :