



# INSCRIPTION SECTEUR JEUNE

## 2022-2023 MJC TULLINS

TARIFS

9€ 28€

Adhésion individuelle

Adhésion familiale

N°allocataire : ..... QF : .....

Situation familiale  en couple  seul

Responsable de l'enfant :

mère  père  tuteur/trice

mère  père  tuteur/trice

Nom/Prénom : .....

Nom/ Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

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

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Courriel : .....

Quartier :  Fures  Cressonnière  Contamine  Tizin  Centre  Plaine  Coteaux  Extérieur autres(préciser)

Enfant 1 :

Nom Prénom de l'enfant : ..... ' ..... Date de naissance : ...../...../.....

Fille/Garçon

Activités : Mercredis / CLAS / Vacances

Enfant 2:

NOM , Prénom de l'enfant : ..... Date de naissance ...../...../.....

Fille/Garçon

Activités : Mercredis / CLAS / Vacances

Enfant 3 :

NOM , Prénom de l'enfant : ..... Date de naissance ...../...../.....

Fille/Garçon

Activités : Mercredis / CLAS / Vacances

La MJC dégage toute responsabilité en cas d'accident survenant, dans ou hors de ses locaux alors que l'enfant n'a pas été confié et récupéré en mains propres au responsable de L'activité.

Je soussigné(e),.....

• donne mon consentement libre et éclairé au traitement des données à caractère personnel figurant dans ce dossier.

Ces données ont pour finalité les actes liés à l'inscription aux activités de la M.J.C. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents.

• certifie avoir connaissance des statuts, du projet associatif, des modalités d'inscription a la M.J.C.

• m'engage à signaler au secrétariat tout changement pouvant survenir dans l'année d'adhésion (adresse, téléphone, courriel, etc ).

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur, autorise mon enfant..... à participer aux activités de la M.J.C.

La prise en charge des enfants par les animateurs d'activité se fait à l'intérieur du local dans lequel se déroule l'activité et nécessite un contact direct avec le parent ou la personne en charge de l'enfant. Éventuellement, **coordonnées de la personne majeure autorisée a prendre en charge mon enfant a la fin des activités** (Nom-prénom-téléphone) .....

- **J'autorise ou Je n'autorise pas**, mon enfant a rentrer seul(e) après la fin des activités de la M.J.C auxquels il/elle participe.

- **J'autorise ou je n'autorise pas** les responsables des activités de la M.J.C auxquelles participe mon enfant, a prendre les mesures d'ordre médical qu'ils jugeraient utiles, dans le cas ou l'enfant aurait besoin de soins urgents.

- La MJC dégage toute responsabilité en cas de problème de santé lié a la pratique des activités auxquelles mon enfant participe.

- **J'autorise ou je n'autorise pas** la M.J.C à diffuser les photographies et vidéos prises lors des manifestations et des activités que l'association propose et sur lesquelles figurent mes enfants (flyers, affiches, sites internet, réseaux sociaux, exposition s). Droit à l'image.

- **J'autorise ou je n'autorise pas** les personnes habilités à consulter mon dossier CAF par l'intermédiaire du système informatique « CAFPRO » (ressources et QF).

SIGNATURE précédée de la mention « Lu et approuvé

Paiement : CB – CHÈQUE – ESPÈCE

**TOTAL**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022 - 2023

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |                            | Rubéole Oreillons Rougeole |       |
| Poliomyélite         |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |                            | BCG                        |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |                            | Autres (préciser)          |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 pris sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?**

| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | OREILLONS   | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                         |   |
| oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> |   |

**Allergies:** **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---



---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

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

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: