# INSCRIPTION SECTEUR JEUNE

## 2023-2024 MJC TULLINS

TARIFS

**Adhésion individuelle** ☐ **9€** **Adhésion familiale** ☐ **28€**

N°allocataire : .....QF :.....
Situation familiale ☐en couple ☐seul

Responsable de l'enfant
☐ mére ☐pére ☐tuteur/trice

☐ mére ☐ pére ☐tuteur/trice

Nom/Prénom :.....
Adresse : .....
Code postal :.....Ville : .....
Téléphone :.....
Courriel : .....

Nom/ Prénom : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville :.....
Téléphone :.....
Courriel : .....

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

**Jeune 1** :
Nom Prénom de l'enfant :..... '.....,.....Date de naissance :...../...../.....
Fille/Garçon
Activités : Mercredis / CLAS / Vacances

**Jeune 2:**
NOM Prénom de l'enfant :.....Date de naissance ...../...../.....
Fille/Garçon
Activités : Mercredis / CLAS / Vacances

**Jeune 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 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. Éventuellement, **coordonnées de la personne majeure autorisée a prendre en charge mon enfant a la fin des activités**
(Nom-prénom-téléphone)

RAYER LA MENTION NON SOUHAITÉE :

- **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, expositions).
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).
- **J'autorise ou de je n'autorise pas** mon enfant à réaliser un trajet à bord d'un véhicule personnel d'un parent accompagnant d'une activité.

**TOTAL**

SIGNATURE précédée de la mention « Lu et approuvé » Paiement : CB – CHÈQUE – ESPÈCE

Les informations inscrites sont à destination de l'équipe M.J.C et des responsables d'activités. Elles permettent l'inscription dans notre logiciel Malice, Le droit d'accès et de rectification prévu par les dispositions des articles 34 et suivants de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 s'exerce auprès de l'accueil de la MJC.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2023 - 2024

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 | |
| Ou DT polio | | BCG | |
| Ou 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 ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** | |
| oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | oui ☐ non ☐ | |

**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: