



SECTEUR JEUNE (12-17 ans)
Années : -

Adhésion individuelle : 10 € (sauf si adhésion famille souscrite)
Cotisation individuelle : 5€ (libre accès au local jeune)
Cotisation de l'accompagnement scolaire : 10€ (accès aux séances toute l'année scolaire + sorties culturelles, sportives, gastronomiques, citoyennes et éducatives prévues dans ce cadre + parcours spécifique (ex : éloquence) + libre accès au local jeune).

Numéro Allocataire CAF 1 : Numéro Allocataire CAF 2 :
 (Si foyer séparé)

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :

Mail :

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :

Mail :

Jeune 1 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Jeune 2 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Jeune 3 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Jeune 4 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

AUTORISATIONS PARENTALES :
 (Rayer le mention non souhaitée)

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur, autorise mon enfant à participer aux activités de la M.J.C.
J'autorise ou je n'autorise pas, mon enfant à arriver et rentrer seul(e) après la fin des activités de la M.J.C auxquels il/elle participe.
 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.

J'autorise ou je n'autorise pas les responsables des activités de la M.J.C auxquelles participe mon enfant, à prendre les mesures d'ordre médical qu'ils jugeraient utiles, dans le cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents. La MJC dégage toute responsabilité en cas de problème de santé lié à 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 de je n'autorise pas mon enfant à réaliser un trajet à bord d'un véhicule personnel d'un parent accompagnant d'une activité.

Si besoin, coordonnées de ~~la~~ ~~les~~ personnes à prendre en charge mon enfant à la fin des activités (Nom – prénom – tel), hors responsables légaux :

.....
.....
.....

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 à la M.J.C.
- Certifie être en accord avec le fonctionnement de l'espace jeune (libre accès au local par les jeunes durant les temps d'ouvertures, ils/elles sont libre de venir et partir quand ils/elles le souhaitent).
- M'engage à signaler au secrétariat tout changement pouvant survenir dans l'année d'adhésion (adresse, téléphone, courriel, etc.).
- Autorise les personnes habilitées à consulter mon dossier CAF par l'intermédiaire du système informatique « CAFPRO » (ressources et QF).

Fait à le.....

Signature (suivi de la mention lu et approuvé) :

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 MC



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2> <p style="margin-top: 20px;">Année : -</p>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM: _____</p> <p>PRÉNOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	--

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 l'année suivante. 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
Diphthérie		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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

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: