



## ENFANT CENTRE DE LOISIRS

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... ☐ Masculin ☐ Féminin

📍 Adresse : .....  
.....

✉ Adresse mail : .....

N° alloc : ..... QF : .....

Nom mère : ..... Nom père: .....

☎ Port mère : ..... ☎ Port père: .....

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

La MJC à diffuser les photographies et vidéos prises lors des manifestations et des activités que l'association propose sur lesquelles figurent mes enfants. Images utilisées dans le cadre de la communication papier et numérique de l'association.

PAI (fournir le PAI) : .....;

Régime alimentaire : .....

Autre : .....

Je soussigné(e) : .....

Responsable de l'enfant : .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Donne mon consentement libre et éclairé au traitement des données à caractère personnel figurant dans ce dossier. Ces données ont pour finalité les actes liées à l'inscription aux activités de la MJC.
- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents. Certifie avec connaissance des statuts, du projet associatif, des modalités d'inscription à la MJC.
- J'autorise les personnes habilitées à consulter mon dossier CAF par l'intermédiaire du système "CAFPRO" (ressource et Quotient Familial).

**Date et signature**



## Règlement intérieur

### de l'accueil de loisirs ENFANCE

### de la MJC EVS du Pays de Tullins

Vous souhaitez inscrire votre enfant à l'accueil de loisirs et nous vous remercions de votre confiance.

L'accueil de loisirs est ouvert à tous les enfants, tullinois ou non, à partir de 2 ans dès qu'ils sont inscrits à l'école et jusqu'à 11 ans révolus.

#### Inscriptions

Les inscriptions se font par mail ([accueil@mjctullins.fr](mailto:accueil@mjctullins.fr)) ou directement à l'accueil de la MJC aux horaires suivants : lundi/vendredi de 14h à 17h, mardi/mercredi/jeudi de 14h à 18h, mercredi/jeudi de 9h à 11h. Toute **annulation/désinscription** doit être faite **au minimum 15 jours avant** la date de présence de l'enfant. Passé ce délai, la journée sera facturée, sauf sur présentation d'un certificat médical.

#### Tarifs

Le tarif à la journée est calculé en fonction de votre quotient familial et de votre commune d'habitation. Vous pourrez régler en chèque, espèces, chèque vacances, CB, virement, CESU papier.

Le règlement se fait à l'inscription.

#### Modalités d'accueil

Les enfants doivent être déposés le matin entre 8h et 9h30 (possibilité de garderie de 7h30 à 8h, sur inscription, facturée 1€50 supplémentaire) et le soir les enfants doivent être récupérés entre 17h et 18h30.

ATTENTION ! La MJC ne gère pas les départs en dehors de ces horaires sauf cas particulier.

#### Mercredis (hors vacances scolaires)

Nous accueillons les enfants en journée complète (avec repas du midi et goûter) chaque mercredi de l'année, hors vacances scolaires.

Les **inscriptions** doivent se faire **avant le lundi 9h** pour le mercredi. L'inscription est possible sur un ou plusieurs mercredis.

Il est possible d'inscrire vos enfants à l'accueil de loisirs les mercredis et aux activités Hip-Hop ou Taekwondo. Nous nous occupons de faire le transfert des enfants.

#### Vacances scolaires

Nous accueillons les enfants uniquement en journée complète (avec repas du midi et goûter) et sur la semaine complète avec possibilité d'enlever le mercredi, durant chaque période de vacances scolaires (hormis les jours fériés et une semaine sur les deux à Noël).

Durant les vacances, des sorties sont organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs. Le planning de ces sorties est affiché en début de semaine. Si du matériel particulier est nécessaire les parents sont informés. En inscrivant votre enfant, vous l'autorisez à participer aux sorties prévues dans le planning.

Le téléphone portable n'est pas autorisé pour les enfants durant les temps d'accueil.

Je soussigné ..... père, mère de(s) l'enfant(s)  
..... atteste avoir lu et accepté le  
règlement intérieur du centre de loisirs de la MJC EVS du Pays de Tullins.

Fait à Tullins, le  
Signature

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

Année : 2025 - 2026

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 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 |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITE                                                     | ROUGEOLE                                                  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               |                                                           |
| oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | 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: