

4 – **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc...)

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, 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 l'enfant.

Date Signature

ADHESION AUPRES DE LA MJC VAM

- Individuelle 5 € (*enfant*)
- Individuelle 10 € (*adulte*)
- Famille 20 € (*compléter le tableau ci-dessous*)

Nom	Prénom	Date de naissance



DOSSIER INSCRIPTION 2024/2025

- Accueil de loisirs 3/11 ans**
- Local jeunes 12/25 ans**

ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Classe rentrée 2024 :
 Ets scolaire 24/25:
 Portable du jeune : Mail du jeune :
 Numéro de sécurité social de l'enfant :

INFORMATIONS FINANCIERES

Régime allocataire :

- CAF Numéro d'allocataire
- MSA Numéro d'allocataire
- Autre Préciser :

Quotient familial (*joindre un justificatif*)

Le quotient familial sera vérifié à l'inscription, en juin/juillet et en janvier

Responsable légal 1	Responsable légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal
Nom-prénom :	Nom-prénom :
Adresse :	Adresse :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel portable :	Tel portable :
Tel employeur :	Tel employeur :
Mail :	Mail :

Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom Prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise mon enfant à quitter le centre **non accompagné**. Non Oui Si oui, à quelle heure ?.....

J'ai besoin de déposer mon enfant entre 7 h 30 et 8 h le matin :

- sur l'ensemble des jours d'inscription
- seulement les.....

INFORMATIONS ENFANTS 3-6 ans

L'enfant fait-il toujours la sieste ? OUI NON
 Remarque :
 Faut-il demander régulièrement à l'enfant d'aller aux toilettes ? OUI NON

AUTORISATIONS PARENTALES

L'enfant a-t'il le « savoir nager » ? OUI NON
 L'enfant a-t'il son test d'aptitude aquatique ? OUI (fournir une copie) NON
 Si oui, avec bouée ? OUI NON
 J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et de baignade mises en place par la MJC.
 J'autorise l'accueil de loisirs et toute personne mandatée à faire transporter mon enfant dans les véhicules assurés par la MJC La Vigne aux Moines ou d'une société de transport et en cas de nécessité dans le véhicule personnel d'un animateur.

DROIT A L'IMAGE

Votre enfant peut apparaître sur de nombreux documents photographiques réalisés lors des activités de la MJC. Ces photos sont librement consultables par tout parent (sur simple demande), et certaines peuvent apparaître sur des articles de presse et des supports de communication de la MJC (flyers, site internet, page facebook). Nous accordons la plus grande attention pour qu'aucune photo ne puisse porter préjudice ni à la dignité de l'enfant ni à celle de sa famille à travers lui. L'utilisation de l'image d'un enfant reste soumise à votre autorisation.
 Votre accord est nécessaire, vous pouvez l'annuler à tout moment à votre convenance.
 J'autorise gracieusement et temporairement la publication des images dans lesquelles peut apparaître l'enfant NON OUI
Je m'engage à ne jamais poster sur les réseaux sociaux l'image des enfants prise dans le cadre de l'accueil de loisirs qui ne sont pas sous ma responsabilité légale.

RÈGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) _____, agissant en qualité de responsable légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance du Règlement intérieur (ci-joint) et accepte les modalités d'organisation de l'accueil de loisirs.

Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait le ___/___/_____ à _____

Signature du/ des responsable.s légal(aux)

Signature du jeune majeur



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	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** 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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	OREILLONS	
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 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)