

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** Merci de nous fournir le P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

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

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

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

⑤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

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

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....



ENFANT >>>

Activité (s) pratiquée (s) à la MJC 21 (Hors ALSH) : .....

**Dossier ALSH 3-17 ans saison 2024 / 2025**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

Ecole/collège : ..... Classe : .....

Numéro de téléphone du jeune : .....

**Adhésion MJC**

**2024/2025 :**

Carte famille

Carte individuelle

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**

Parent  Famille d'accueil  Autre :

Parent  Famille d'accueil  Autre :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Commune :

Commune :

Téléphone du domicile :

Téléphone du domicile :

N° de mobile :

N° de mobile :

Employeur :

Employeur :

Téléphone lieu de travail :

Téléphone lieu de travail :

Courriel :

Courriel :

Régime allocataire :

Régime allocataire :

CAF / N° allocataire :

CAF / N° allocataire :

MSA / N° allocataire :

MSA / N° allocataire :

Quotient familial :

Quotient familial :

**Le quotient familial sera vérifié deux fois par an (à l'inscription et six mois plus tard)**

**Le quotient familial sera vérifié deux fois par an (à l'inscription et six mois plus tard)**

Numéro de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :

Votre enfant à une reconnaissance A.E.E.H ?

Oui

Non

**Si oui merci de nous fournir l'attestation.**

**ALSH 3-11 ans : ACCUEIL ET DEPART DE L'ENFANT**

1 seul choix possible : Voir règlement intérieur / paragraphe « accueil délocalisé et transport »

**Soit :**  Je déposerai / récupérerai l'enfant au lieu d'accueil « Relais » **le matin ET le soir** (merci de préciser sur quelle commune)  
 à Verrières (pôle périscolaire)  à Lussac (salle polyvalente MJC21)

J'autorise l'enfant (nom, prénom) ..... à quitter l'accueil de loisirs seul à partir de 17h30 .

Les mineurs de plus de 13 ans sont autorisés à venir récupérer un frère ou une sœur, merci de les indiquer dans le tableau ci-contre.

**Club ado : ACCUEIL ET DEPART DE L'ENFANT**

\* Voir règlement intérieur , paragraphe « activités »

**Soit :**  Je déposerai / récupérerai l'enfant au lieu d'accueil « Relais » **le matin ET le soir** (merci de préciser sur quelle commune)  
 à Verrières (pôle périscolaire)  à Lussac (salle polyvalente MJC21)

J'autorise l'enfant (nom, prénom) ..... à quitter le club ado seul à partir de 17h00 .

**ALSH 12-17 ans : ACCUEIL ET DEPART DE L'ENFANT**

\* Voir règlement intérieur , paragraphe « activités »

J'autorise mon enfant à quitter le centre **non accompagné** après les animations : NON  OUI

Signature du responsable legal :

➔ **DEPART DE L'ENFANT (cas particulier) :**

Nom-Prénom	Numéros de Téléphone	Lien de parenté	Autorisé	Interdit
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ **PARTICIPATION AUX ACTIVITES :**

- L'enfant a-t-il suivi des leçons de natation ? NON  OUI
- L'enfant sait-il nager sans bouée ? NON  OUI

*Si oui merci de fournir l'attestation .*

*J'autorise l'enfant :(préciser nom et prénom).....*

- à être transporté dans les véhicules assurés par la MJC 21 ou par une société de transport .....OUI  NON
- à participer aux activités « baignade » ..... OUI  NON
- à pratiquer des activités physiques (vélo, sport collectif et individuel) ..... OUI  NON

**\*➔ « DROIT A L'IMAGE » :**

Votre enfant peut apparaître sur de nombreux documents photographiques réalisés à la MJC 21 (photo de groupe lors de différentes activités, sorties, pour des projets d'animation, des articles de presse, etc... ).

Ces photos sont librement consultables par tout parent (sur simple demande) et certaines peuvent apparaître sur le site internet de la MJC 21 : <http://www.lasabline.fr/association-mjc-21>, sur les réseaux sociaux de la MJC21 ou sur des productions diverses (bilan d'activités, tracts,...).

Nous accordons la plus grande attention pour qu'aucune photographie 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 (nom, prénom) ..... NON  OUI

Nous vous informons que les données seront conservées pour une durée de 3 ans. Elles sont collectées, afin de pouvoir transmettre nos bilans annuels et le projet centre social à nos différentes partenaires. Nous conservons les images à des fins historiques

➔ **REGLEMENT INTERIEUR 2024 / 2025**

Je soussigné(e) ....., atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte l'organisation interne de l'accueil de loisirs.

**Attention, la MJC21 nest pas responsable des objets personnels ramenés du domicile (ex : cartes Pokémon, telephone portable, argent de poche, jouets... etc).**

A.....le...../...../.....

Signature(s) du (des) responsable (s) légal (aux)

(Pour le secteur Jeune) Signature du jeune



**FICHE SANITAIRE**

N° 10008° 02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.

**Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.**

① **ENFANT**

Nom :..... Prénom :.....

date de naissance :.....

Garçon :  Fille :

Adresse :.....

② **MÉDECIN TRAITANT**

Nom :..... Prénom :.....

Adresse :.....

N° de téléphone :.....

③ **VACCINATIONS (se référez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Pentacoq ou Tetracoq ou		Hépatite B	
Autre :		Rubéole Oreillons Rougeole	
		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif <input type="checkbox"/>	positif <input type="checkbox"/>		

④ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin**

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

**Voir page suivante >>>**