

## Documents à joindre à votre inscription

	Le présent dossier unique rempli et signé
	Photocopie du carnet de vaccinations à jour obligatoire
	Attestation de quotient familial (moins de 3 mois)

En conformité avec la réglementation en vigueur, tout dossier incomplet ne donnera lieu à aucune inscription

### CADRE RESERVE A LA MJC DE L'ARBRESLE

Référent Inscription :

Dossier complet :                      oui                      non

Adhésion réalisée :                      oui                      non

Entrée base de données :                      oui                      non

Notes :



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DU RHÔNE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE  
DE LA COHÉSION SOCIALE



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### 2021-2022

#### ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS DE LA MJC DE L'ARBRESLE

CE DOSSIER UNIQUE PERMET L'INSCRIPTION DES ENFANTS AUX ACTIONS ENFANCE JEUNESSE DE LA MJC DE L'ARBRESLE

#### VOTRE ENFANT

NOM		
PRENOM		
DATE NAISSANCE		
SEXE	<input type="checkbox"/> GARCON	<input type="checkbox"/> FILLE
LIEU DE NAISSANCE		
COMMUNE DE RESIDENCE		
CLASSE / ECOLE		

#### RESPONSABLES LEGAUX

	MERCİ DE REMPLIR LES COORDONNEES DES 2 PARENTS	
	MERE OU TUTEUR	PERE OU TUTEUR
NOM		
PRENOM		
DATE NAISSANCE		
ADRESSE		
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/Pacsé/Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
MAIL		
PORTABLE		
EN CAS D'URGENCE Nom de la personne + téléphone		
N°ALLOCAIRE CAF		
N° SECURITE SOCIALE		
N° POLICE D'ASSURANCE		
Nom MUTUELLE		
ORGANISME (CAF, MSA)		
QUOTIENT FAMILIAL		

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### VACCINATIONS (photocopies des vaccins obligatoires)

### RESEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies déjà contractées	OUI	NON	VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?		
Otite			<i>Si oui, Précisez (puis joindre ordonnance et médicaments) <b>Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance</b></i>		
Varicelle					
Angine					
Asthme					
Coqueluche					
Oreillons					
Rhumatisme			<b>AUTRES INFORMATIONS MEDICALES</b>		
Rougeole			Port de lunettes		
Rubéole			Port de prothèses auditives		
Scarlatine			Port de prothèses ou appareil dentaire		
			Groupe sanguin de l'enfant		

Régime alimentaire :  Sans porc  Sans viande

Allergies :  Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses

Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours ? Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles (Ordonnance, médicaments etc...)	OUI	NON
---	-----	-----

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre

Autres spécificités nous permettant d'accueillir au mieux votre enfant (Difficultés de langage, Troubles autistiques, Difficultés à gérer ses émotions, TDAH, TDA, hyperactivité etc...) :

## AUTORISATIONS

J'autorise la prise d'images de mon enfant et la diffusion sur tous supports de communication (presse, vidéo, fly, internet...) pour une durée illimitée	OUI	NON
--	-----	-----

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (à partir de 6 ans uniquement) <i>Préciser l'heure de départ de l'enfant :</i>	OUI	NON
---	-----	-----

*Si non, indiquer toutes les personnes habilitées à récupérer l'enfant en dehors des responsables légaux:  
(L'équipe se réserve le droit de demander une pièce d'identité)*

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), .....

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur**.

La personne signataire :

- donne son consentement au traitement de ses données personnelles, dans le strict respect du RGPD
- autorise son enfant à participer à toutes les activités et à prendre tous moyens de transport collectif dans le cadre du centre de loisirs

J'ai lu et accepte les règlements de la MJC et du centre de loisirs

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Sur la saison 2021-2022, **l'ACM enfance de L'Arbresle sera ouvert :**

- Mercredis scolaire 2021-2022 (Du mercredi 8 septembre 2021 au mercredi 29 juin 2022)
- Vacances d'automne 2021 (Du lundi 25 octobre 2021 au vendredi 5 novembre 2021)
- Vacances de fin d'année 2021 (Du lundi 20 décembre 2021 au vendredi 24 décembre 2021)
- **(Attention fermeture de la 2<sup>ème</sup> semaine des vacances de fin d'année)**
- Vacances d'hiver 2022 (Du lundi 14 février 2022 au vendredi 25 février 2022)
- Vacances de printemps 2022 (Du mardi 19 avril 2022 au vendredi 29 avril 2022)
- Vacances d'été 2022 (Du mercredi 6 juillet 2022 au vendredi 29 juillet 2022 et du lundi 22 août 2022 au mercredi 31 août 2022. **(Fermeture du 1<sup>er</sup> au 21 août inclus)**)