

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)
	Justificatif de domicile (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 :



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DU RHÔNE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE LA COHÉSION SOCIALE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2022-2023

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"/> GARÇON	<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 SUIV-IL UN TRAITEMENT ?		
Otite			<i>Si oui, Précisez (puis joindre ordonnance et médicaments) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance</i>		
Varicelle					
Angine					
Asthme					
Coqueluche					
Oreillons					
Rhumatisme			AUTRES INFORMATIONS MEDICALES		
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) Préciser l'heure de départ de l'enfant :	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 :