

## Documents à joindre à votre inscription

|  |   |
|--|---|
|  | Le présent dossier unique rempli et signé                             |
|  | <b>Photocopie</b> du carnet de vaccinations à jour <b>obligatoire</b> |
|  | 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

### 2023-2024

#### 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

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

#### RESPONSABLES LEGAUX

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

## 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) <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)<br><b>Préciser l'heure de départ de l'enfant :</b> | 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 :