

DOSSIER d'INSCRIPTION

ACCUEILS JEUNES de 11 à 17 ans PÉRISCOLAIRES et EXTRASCOLAIRES

Documents et renseignements à fournir

- La fiche d'inscription **remplie et signée** avec le paiement de l'adhésion à la MJC : 6,50 €
- La fiche sanitaire **remplie et signée** avec les photocopies obligatoires des vaccins du carnet de santé
- L'autorisation de sortie du territoire **remplie et signée** avec la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité du responsable **ET** du jeune



MJC

31 rue Leclerc
F-57390 Audun-le-Tiche

+33 (0)3 82 52 10 20
mjc.audun@orange.fr
mjcaudun.com



MJC Audun-le-Tiche



FICHE d'INSCRIPTION et/ou d'ADHÉSION

ENFANT ou JEUNE

ACTIVITÉ(S) MJC :

Date d'ADHÉSION : ____ / ____ / ____

NOM Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____ M F

École :

Classe :

	Mère Responsable <input type="checkbox"/>	Père Responsable <input type="checkbox"/>
NOM Prénom		
Adresse		
Tél. 1		
Tél. 2		
Email		
NOM et adresse de l'employeur		

• N° CAF : CAF Moselle Autre CAF à préciser :

• Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil De même sexe

• L'enfant/le jeune est autorisé à partir seul de l'activité : OUI NON

• L'enfant/le jeune est autorisé à partir de l'activité accompagné de :

NOM Prénom :

Signature du responsable de l'enfant/du jeune :

• La MJC est autorisée à utiliser les photos ou vidéos de l'enfant/du jeune : OUI NON

• FICHE SANITAIRE complétée et signée OBLIGATOIRE accompagnée des photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé.

• Le règlement de l'activité se fait pour une année complète lors du dépôt du dossier :

Activité(s) : €

+ Adhésion : 6.50 €

Je joins un règlement de €

en espèce par chèque(s) (possibilité d'émettre 3 chèques à encaissement différé) par carte bancaire

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Réservé à la MJC :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, 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 ce mineur.

Date :

Signature :

