

DOSSIER d'INSCRIPTION 2025-2026

MJC Audun-le-Tiche

- 18 ans

Documents et renseignements à fournir :

- La fiche d'inscription

- La fiche sanitaire
avec les photocopies des vaccins du carnet de santé

- L'autorisation de sortie du territoire
*avec les photocopies recto/verso d'une pièce d'identité
du responsable ET de l'enfant*

- La déclaration d'impôts 2024
ou le certificat de rémunération 2024 des 2 parents pour
les travailleurs frontaliers
afin de calculer le quotient familial si nécessaire

Maison des Jeunes et de la Culture

31 rue Leclerc 57390 Audun-le-Tiche

03 82 59 65 00

mjc.audun@orange.fr / mjcaudun.com

MJC Audun-le-Tiche

FICHE d'INSCRIPTION - 18 ans

ACTIVITÉ : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

M F

École : _____

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

- N° CAF : _____ CAF Moselle Autre CAF préciser : _____
- Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil
- Autorisation à partir seul de l'activité : OUI NON
- Autorisation à partir de l'activité accompagné de :
NOM Prénom : _____
- La MJC est autorisée à utiliser les photos ou vidéos : OUI NON
- MDPH ALLOCATAIRE AEEH
- Régime alimentaire spécifique : _____

Signature du Responsable : _____

Date d'ADHÉSION : ____ / ____ / ____

Activité : _____ €

+ Adhésion : **7 €**

+ Cotisation annuelle (Accueils ADOS) :

Total : _____ €

Q1 : 5 €

Q2 : 8 €

Q3 : 11 €

Q4 : 14 €

Q5 : 17 €

ESP

CHEQUE

CB

VIR

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 des 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 :

