

FICHE INSCRIPTION ACTION JEUNES



MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE

Date d'inscription : / /

Nouvelle inscription	
Renouvellement	

Sexe : F M n° d'allocataire CAF :
 Groupe sanguin : n° sécurité sociale:

ADHERENT (jeune)
 NOM/Prénom:
 Date et lieu de naissance: Age:
 Adresse: Ville:
 Téléphone domicile: Portable du jeune:
 Email (écrire lisiblement svp):

RESPONSABLES LEGAUX

- **Mère:**
 NOM/Prénom:
 N° de téléphone travail et/ou portable:

- **Père:**
 NOM/Prénom:
 N° de téléphone travail et/ou portable:

- **Email** (écrire lisiblement svp):

- **Nom/N° du médecin de famille:**

- **Apporter une précision à l'équipe d'encadrement?**

Je soussigné (e) Mr / Mme
 responsable de l'enfant.....

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur général de la MJC.
- autorise l'enfant à participer aux activités de la MJC.
- autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de sante du mineur.
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'incident qui pourrait survenir en dehors de l'enceinte de la MJC et hors des activités encadrées par les animateurs de la MJC.
- autorise l'enfant à participer aux sorties nécessitant un transport en minibus/voiture.
- autorise la MJC à diffuser des images de mon enfant prises pendant les activités. L'usage de ces photographies est strictement réservé à la communication de la MJC.
 (veuillez barrer les deux phrases ci-dessus en cas de refus)

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à les actualiser en cas de changement.

Fait à Le/...../..... **SIGNATURE** →

REGLEMENT (13€)

Espèces Chèques Montant:

VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATES
Diphtérie				Hépatites A et B			
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
OU DT polio				Autres à préciser:			
OU Tétracoq							
BCG							

Merci de bien vouloir remplir le tableau et joindre une photocopie du carnet de santé.

MALADIES

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes?

MALADIES	OUI	NON	MALADIES	OUI	NON
Rubéole			Rougeole		
Coqueluche			Scarlatine		
Otite			Oreillons		
Varicelle			Angine		
Rhumatisme articulaire					

Difficultés de santé? Précautions à prendre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical? Si oui lequel?

Sans ordonnance, aucun médicament ne pourra être administrer à l'enfant.

ALLERGIES

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres à préciser:		

Cause de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS/PRECISIONS SUPPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à les actualiser en cas de changement.

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE →
(du responsable légal)