

MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE

Sexe : F ☐ M ☐

n° d'allocataire CAF :

Groupe sanguin :

n° sécurité sociale:

Date d'inscription :

/ /

Nouvelle inscription

Renouvellement

ADHERENT (jeune)

NOM/Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

Téléphone domicile:

Email (écrire lisiblement svp):

Age:

Ville:

Portable du jeune:

RESPONSABLES LEGAUX

- **Responsable 1** (à contacter en priorité):

NOM/Prénom:

N° de téléphone travail et/ou portable:

- **Responsable 2:**

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)