



ESPACE ANIMATION

inscription individuelle

Date d'inscription à l'Action Jeunes : Adhésion :

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ADRESSE POSTALE :

TÉLÉPHONE DE L'ENFANT :

NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF :

(auquel l'enfant est rattaché)

RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

RESPONSABLE LEGAL 1

MERE

PÈRE

TUTEUR

AUTRE précisez :

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

RESPONSABLE LEGAL 2

MERE

PÈRE

TUTEUR

AUTRE précisez :

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

si vous êtes indisponibles

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

Nom : Tél. :

AUTORISATIONS

Entourez votre réponse ou autorisation :

VOTRE ENFANT PEUT PARTIR SEUL DE LA MJC APRES L'ACTIVITE ?	OUI	NON
VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ?	OUI	NON
AUTORISATION DE DROIT DE DIFFUSION D'IMAGE DE VOTRE ENFANT ?	OUI	NON
AUTORISATION A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRE S(SOINS) EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE ?	OUI	NON
AUTORISATION DE PARTICIPER AUX SORTIES ORGANISÉES DANS LE CADRE DE L'ACTION JEUNES	OUI	NON
AUTORISATION DE TRANSPORT DANS LES VEHICULES PERSONNELS DE L'EQUIPE D'ANIMATION ?	OUI	NON

Je soussigné(e)..... , représentant légal agissant en qualité de père, mère ou tuteur de l'enfant , certifie exactes les informations renseignées dans la fiche d'adhésion et dans la fiche sanitaire de liaison et déclare n'avoir omis aucune information importante. J'autorise mon fils/ma fille à participer à l'ensemble des activités organisées par la MJC Toulouse Empalot. Je certifie avoir pris connaissance des conditions d'organisation et les accepter sans aucune réserve.

Fait à Le,

Signatures précédées de la mention ***lu et approuvé*** :

Père

Mère

Le (la) directeur (-trice)

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE L'INSCRIPTION

- Règlement de l'adhésion de 10€
- La fiche adhésion à la MJC
- Le dossier ici présent comprenant la fiche d'inscription à l'Action jeunes et La Fiche Sanitaire de liaison
- Photocopie ou un certificat médical du médecin certifiant que les vaccinations sont à jour.

Dans le cas où votre enfant nécessiterait un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) vous pouvez en faire la demande à la direction



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

PHOTO

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
Diphtérie				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
MEDICAMENTEUSES 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 :