



maison des jeunes  
et de la Culture

Jacques Prévert

Centre Social

*Dieuze*

03 87 86 97 41  
mjc-dieuze.fr



Ce dossier  
est valable  
du 1er  
septembre

# Dossier d'inscription

## Secteur jeunesse

### Fiche individuelle de renseignements

.....

au 31 août

.....

## ENFANT

Âge

.....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe : masculin  féminin

\*\*\*

Nom et numéro de téléphone d'un parent à contacter en cas d'urgence durant le temps d'accueil :

.....

\*\*\*

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? .....

## Inscription à :

Mercredis

Alsh Toussaint

Alsh Juillet :

Alsh Août

C.L.A.S.

Alsh Hiver

Semaine ① ② ③ ④

Camp .....

Secteur Jeunes

Alsh Printemps

Nuits à la MJC

Stage .....

Mini camping

Cadre réservé à la MJC

## CARTE D'ADHESION

Numéro  
d'adhésion

Enfants (moins de 16 ans) : 8 €

Adultes 10 €

Familiale (obligatoirement 1 parent + 1 enfant minimum) 15 €

Acompte versé : .....€

.....

## Pièces jointes :

Justificatif CAF

Fiche sanitaire

Bons CAF

Photocopies des vaccinations

Bons MSA

Autre .....

## MATERNELLES

Petit questionnaire pour permettre aux intervenants auprès des enfants de moins de 6 ans, de cerner leurs capacités dans les petits actes quotidiens, afin de les aider dans leurs démarches vers l'autonomie.

Fait-il la sieste :  oui  non  occasionnellement

Sait-il s'habiller / se déshabiller :  seul  avec l'aide d'un adulte

Fait-il ses lacets :  seul  avec l'aide d'un adulte

Ose-t-il demander pour aller aux toilettes :  oui  non

Sait-il s'essuyer les fesses :  seul  avec l'aide d'un adulte

Sait-il faire ses besoins dans la nature :  seul  avec l'aide d'un adulte

Rencontre-t-il une difficulté quelconque dans ses actes quotidiens :

.....

.....

## ADOS

Pour les jeunes qui en possèdent :

N° téléphone : .....

Courriel : .....

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : oui  non

Liste des personnes pouvant récupérer l'enfant après l'activité, en plus des parents :

NOM, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tel : .....

NOM, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tel : .....

NOM, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tel : .....

NOM, Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tel : .....

\*\*\*

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. oui  non

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveaux médias, affiches...). oui  non

## PARENTS

	Mère	Père
NOM		
Prénom		
Profession		
Adresse		
C.P. VILLE		
Tel Domicile		
Portable		
Courriel		

## AIDES SOCIALES

N° allocataire : ..... Quotient familial mensuel : .....

MSA

CAF Moselle

Autre département

Joindre le justificatif de la CAF, ainsi que les bons vacances si vous y avez droit.

*Les chèques vacances sont acceptés lors du règlement,  
ainsi que les tickets CESU pour les enfants de moins de 6 ans.*

\*\*\*\*\*

**J'atteste avoir été averti que :**

**Mon enfant ne pourra plus participer aux Mercredis Loisirs, ou aux ALSH,  
si la famille n'est pas à jour de ses règlements,  
pour l'année en cours et les années antérieures.**

**La MJC se réserve le droit d'exclure les éléments perturbateurs des activités.**

Fait à : ..... Le : ..... Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON FILLE 

## 1 – VACCINATIONS

 Joindre **obligatoirement** les photocopies du carnet de vaccinations, *merci*.

	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS		DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou 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 pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours : oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

