



Dossier d'inscription

Secteur jeunesse

Fiche individuelle de renseignements

Ce dossier est valable du 1er septembre **2019** au 31 août **2020** pour toutes activités de loisirs jeunesse

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 MÉDICAMENTEUSES 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)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	} au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES LUNETTES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
DES PROTHÈSES AUDITIVES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Sait-il nager ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE : BUREAU :

PORTABLES :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :