



FICHE D'INSCRIPTION 2021-2022

MJC Centre Social Petite Hollande

N° de carte MJC _____

F / M Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ___/___/___/ Nationalité : _____ E-mail : _____

Niveau scolaire : _____ Établissement : _____

N° tél : ___/___/___/___/___/___ N° mobile : ___/___/___/___/___/___ Autre n° ___/___/___/___/___/___

Pour les mineurs, nom du responsable légal (indiquer si père, mère ou tuteur) : _____

Catégorie socioprofessionnelle : (de la personne adhérente)

- Ouvrier Employé(e) Sans emploi Étudiant(e) Cadre, enseignant(e)
 Profession libérale Retraité(e) Scolaire Mère au foyer En formation
 Technicien(ne) (santé, social, animation) Artisan, commerçant(e) Autre précisez : _____

N° allocataire CAF : _____ **Quotient familial :** _____

Activité(s) pratiquée(s) à la MJC : _____

Adhérent(e) à la MJC en 2020/2021 : oui non Si oui, pour quelle activité ? _____

Nom et n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

| Activité(s) | Adhésion individuelle <input type="checkbox"/> | Adhésion famille <input type="checkbox"/> | | |
|---|--|---|-----|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Carte d'adhésion MJC (valable du 1/07/2021 au 30/06/2022) | 7 € | 5 € | 5 € | 1 € |
| Total en euros | | | | |

Si **adhésion famille**, notez les noms et prénoms des autres adhérent(e)s bénéficiaires :

- 1 : _____ 3 : _____ 5 : _____
 2 : _____ 4 : _____ 6 : _____

Droit à l'image : Dans le cadre de nos activités, vous ou vos enfants sont susceptibles d'être photographiés. Ces photos pourront être utilisées à usage interne, presse locale, réseaux sociaux ou site internet. Si vous ne souhaitez pas apparaître prenez vos dispositions afin de ne pas être pris en photo.

Les adhérents participants à des activités à caractère sportif devront nous fournir un certificat médical d'aptitude.

Paiement par : chèque(s) bancaire(s) n° _____ espèces autre : _____

En adhérant à l'association MJC Centre Social Petite Hollande, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association.

Fait à _____, le _____

Cachet de l'association

Signature de l'adhérent(e) ou de son représentant légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil ou le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- ENFANT : NOM : PRENOM :
 Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

2 - VACCINATIONS (À remplir à partir du carnet de santé ou du carnet de vaccinations de l'enfant)
 ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITENIQUE –ANTICOQUELUCHEUSE

| Précisez s'il s'agit : | Vaccins pratiqués | Dates |
|------------------------|-------------------|-------|
| Du Dtpolio, | | |
| DT coq, | | |
| Tétracoq, | | |
| d'une prise polio | | |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|-------|------------------------|-------|----------------|-------|
| | Dates | | Dates | | Dates |
| 1 vaccin | | Vaccin | | | |
| Revaccination | | 1 ^{er} Rappel | | | |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi :

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | Dates |
|---------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
| Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

| Descriptifs | Dates |
|-------------|-------|
| | |
| | |

4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

Non

Oui

Si oui, lequel :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ?

Non

Occasionnellement

OUI

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Non

oui

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénoms :

ADRESSE : (pendant la période de l'accueil)

.....

| | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Numéro de sécurité sociale | Portable | Domicile | Bureau |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Je soussigné responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil/du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DE L'ACCUEIL/DU SEJOUR :

Cachet de l'organisme

.....

ARRIVEE LE :/...../.....

DEPART LE :/...../.....

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR/DE L'ACCUEIL

PAR LE MEDECIN :

.....

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR/ DE L'ACCUEIL :

.....
