DOSSIER INSCRIPTION ESPACE JEUNES Année 2023 - 2024

SEJOUR MARTIGNE - FERCHAUD du 10 au 13 Juillet

Date d'inscription : .....

Nom de l'enfant : .....
Prénom de l'enfant : .....
Date de naissance : .....
Genre : .....

Assurance : ..... **N°contrat: .....**
N°Allocataire CAF : ..... **QF : .....**
Test antipanique : ..... ❑ **Oui** ❑**Non**

RESPONSABLE LEGAL.E 1: **Nom : .....** **Prénom : .....**

Adresse : ....
Ville : .... Quartier : .....
Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....
Tél. Professionnel : .....
Email : .....

RESPONSABLE LEGAL.E 2 : **Nom : .....** **Prénom : .....**
Adresse : ....
Ville : .... Quartier : .....
Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....
Tél. Professionnel : .....
Email : .....

❑ **Souhaite inscrire mon enfant à l'espace jeunes sur l'année 2023 - 2024.**
❑ **Souhaite inscrire mon enfant au séjour à Martigné - Ferchaud du 10 au 13 Juillet 2023**

Autorisation Parentale :

❑**Autorise mon enfant à venir/ rentrer seul de l'espace jeunes (quelle que soit l'heure) et décharge la MJC de toute responsabilité en cas d'accident qui surviendrait à l'extérieur de l'établissement (hors sorties organisées par la MJC) et du trajet domicile/MJC Bréquigny/domicile.**
❑**N'autorise pas mon enfant à venir/ rentrer seul de l'espace jeunes (quelle que soit l'heure).**

❑**Autorise mon enfant à participer aux activités des autres espaces de la MJC (ludothèque, espace numérique), sur leurs heures d'ouverture.**
❑**Autorise la captation ou la diffusion de photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre des activités de la MJC Bréquigny (plaquette, rapport d'activités, réseaux sociaux…)**
❑**Autorise les animateur.ices à contacter mon enfant sur son portable (SMS, Appel, Réseaux Sociaux ...) Tél. : .....**

❑**Autorise les animateur.ices à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires des soins engagés par la structure. Cette autorisation est indispensable pour que votre enfant puisse être inscrit.**
❑**Autorise les animateurs à transporter mon enfant sur les lieux d'activités (minibus, car, ...) ou prendre les transports communs. Cette autorisation est indispensable pour que votre enfant puisse participer aux sorties organisées par l'espace jeunes.**

Je soussigné(e) ……. déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus. En tant qu'adhérent.e je suis conscient.e d'être acteur.ice d'un lieu de vie collectif et m'engage à en respecter les règles de fonctionnement.

L'adhésion (3 euros pour la saison 2023 - 2024) permet à votre enfant d'être adhérent.e à l'espace jeunes de la MJC. Une cotisation de 2 euros permet d'accéder aux activités gratuites de l'espace jeunes (hors sorties et repas).

Fait à …….., le : ……/……/……... Signature

Liberté • Égalité • Frat
RÉPUBLIQUE FRANÇ
MINISTÈRE DE LA JEUNES DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATI

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

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

SEXE : M F

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 CONTREINDICATION.

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,** oui ☐ non ☐

si oui préciser _____

Le mineur a-t-il une alimentation spécifique (sans gluten, pas de porc, halal, pas de lactose...)
oui ☐ non ☐
si oui préciser _____

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

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

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 :