



## DOSSIER INSCRIPTION ESPACE JEUNES 10 - 15 ans

*(Pour toutes nouvelles inscriptions il est nécessaire qu'une rencontre entre l'équipe, le/la jeune et les responsables légaux puisse se faire afin de créer un lien et un espace sécurisée pour tous)*

Année 202... - 202 .....

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

Assurance : ..... N° contrat: .....  
 J'autorise l'accès à mon compte partenaire CAF  
N° Allocataire CAF : ..... QF : .....

### RESPONSABLE LEGAL.E 1:

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

### RESPONSABLE LEGAL.E 2:

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

Personnes à prévenir en cas d'accident (lien avec l'enfant)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant (lien avec l'enfant)
.....	.....
.....	.....
.....	.....

(il est obligatoire de préciser le lien avec l'enfant)

### Autorisation Parentale :

- Autorise mon enfant à venir/ rentrer seul de l'espace jeunes (à partir de ...h et jusqu'à ...h) 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 et MJC/domicile. ....
- Autorise la captation ou la diffusion de photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre des activités de la MJC Bréguigny (plaque, rapport d'activités, réseaux sociaux...) .....
- Autorise les animateur.ices à contacter mon enfant sur son portable afin d'échanger avec lui ou elle pour leur donner des informations sur le programme et les sorties. (SMS, Appel, ...) Tél : .....

J'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. ....  
J'autorise les animateur.ices à transporter mon enfant sur les lieux d'activités (minibus, car, ...) ou prendre les transports en commun.  
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 de 3 euros permet à votre enfant d'être adhérent.e à l'Espace Jeunes de la MJC.  
La cotisation de 2 euros permet d'accéder aux activités gratuites de l'Espace Jeunes (hors sorties, activités payantes et repas).

Fait à ..... le : / / ..... Signature :

Date d'inscription : .....  
 espèces     Carte bancaire     chèques: n° ..... / Banque : .....     HelloAsso



# 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 nous permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances et/ou en accueil de loisirs)

## 1 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		BCG	
		Autres (préciser)	

## 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

(entourez la réponse concernée) 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 du médicament).

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 :