

Documents à joindre à votre inscription (téléchargement possible via GoAsso)

	Le présent dossier unique rempli et signé
	Photocopie du carnet de vaccinations à jour obligatoire
	Attestation de quotient familial (moins de 3 mois)
	Justificatif de domicile (moins de 3 mois)

En conformité avec la réglementation en vigueur, tout dossier incomplet ne donnera lieu à aucune inscription

CADRE RESERVE A LA MJC BRIGNAIS

Référent Inscription :

Dossier complet : **oui** **non**

Adhésion réalisée : **oui** **non**

Entrée base de données : **oui** **non**

Notes :

MJC BRIGNAIS
Maison des Jeunes et de la Culture


ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

VILLE DE

BRIGNAIS


ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf
du Rhône

MJC BRIGNAIS
Maison des Jeunes et de la Culture

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
2022-2023

ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS DE LA MJC BRIGNAIS

CE DOSSIER UNIQUE PERMET L'INSCRIPTION DES ENFANTS AUX ACTIONS ENFANCE JEUNESSE DE LA MJC BRIGNAIS

VOTRE ENFANT

NOM	
PRENOM	
DATE NAISSANCE	
SEXE	<input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> FILLE
LIEU DE NAISSANCE	
COMMUNE DE RESIDENCE	
CLASSE / ECOLE	

RESPONSABLES LEGAUX

MERCI DE REMPLIR LES COORDONNEES DES 2 PARENTS

	MERE OU TUTEUR	PERE OU TUTEUR
NOM		
PRENOM		
DATE NAISSANCE		
ADRESSE		
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/Pacsé/Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
MAIL		
PORTABLE		
EN CAS D'URGENCE Nom de la personne + téléphone		
N°ALLOCAIRE CAF		
N° SECURITE SOCIALE		
N° POLICE D'ASSURANCE		
Nom MUTUELLE		
ORGANISME (CAF, MSA)		
QUOTIENT FAMILIAL		

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS (photocopies des vaccins obligatoires)

RESEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies déjà contractées	OUI	NON	VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?		
Otite			<i>Si oui, Précisez (puis joindre ordonnance et médicaments) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance</i>		
Varicelle					
Angine					
Asthme					
Coqueluche					
Oreillons					
Rhumatisme			AUTRES INFORMATIONS MEDICALES	OUI	NON
Rougeole			Port de lunettes		
Rubéole			Port de prothèses auditives		
Scarlatine			Port de prothèses ou appareil dentaire		
			Groupe sanguin de l'enfant		

Régime alimentaire :

Sans porc Sans viande

Allergies :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours ? Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles (Ordonnance, médicaments etc...)

OUI NON

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre

Autres spécificités nous permettant d'accueillir au mieux votre enfant (Difficultés de langage, Troubles autistiques, Difficultés à gérer ses émotions, TDAH, TDA, hyperactivité etc...) :

AUTORISATIONS

J'autorise la prise d'images de mon enfant et la diffusion sur tous supports de communication (presse, vidéo, fly, internet...) pour une durée illimitée	OUI	NON
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (à partir de 6 ans uniquement) <i>Préciser l'heure de départ de l'enfant :</i>	OUI	NON

Si non, indiquer toutes les personnes habilitées à récupérer l'enfant en dehors des responsables légaux: (L'équipe se réserve le droit de demander une pièce d'identité)

NOM et Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

NOM et Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

NOM et Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

NOM et Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone : _____

Je soussigné(e),

responsable légal 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.**

La personne signataire :

- donne son consentement au traitement de ses données personnelles, dans le strict respect du RGPD
- autorise son enfant à participer à toutes les activités et à prendre tous moyens de transport collectif dans le cadre du centre de loisirs

J'ai lu et accepte les règlements de la MJC de Brignais et du centre de loisirs

Date :

Signature :