

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

	Le présent dossier unique rempli et signé
	<b>Photocopie</b> du carnet de vaccinations à jour <b>obligatoire</b>
	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

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

#### RESPONSABLES LEGAUX

MERCI DE REMPLIR LES COORDONNEES DES 2 PARENTS

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

## 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) <b>Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance</b></i>		
Varicelle					
Angine					
Asthme					
Coqueluche					
Oreillons					
Rhumatisme			<b>AUTRES INFORMATIONS MEDICALES</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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...)	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
---	------------	------------

**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	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

*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 :