

# FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE MJC Champ Libre

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom - Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse légale : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Nom et Tél. médecin traitant : .....  
 Régime de protection sociale : CAF, MSA, EDF, GDF, autre...  
 Préciser : ..... N° : .....

Grand Rue du Pont - 86150 L'ISLE JOURDAIN  
 05 49 48 94 00 - mjc-ij-availles@orange.fr  
 www.mjc-champ libre.fr



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné .....  
 Responsable légal de l'enfant, l'inscrit à (préciser : Accueil de Loisirs, Périscolaire, stage, CLAS, RHJ, activités...)

Période .....  
 organisé par la MJC, déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de déroulement de l'accueil (règlement intérieur Activités, ALSH ou Accueil informel Ados) et m'engage à en régler le montant.

J'autorise que l'enfant soit transporté dans un véhicule conduit par un animateur de la MJC.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais que l'enfant est couvert par mon assurance responsabilité civile. La MJC est assurée pour toutes les personnes accueillies et inscrites régulièrement, toutefois il est conseillé de souscrire une assurance personnelle «dommages corporels».

### Note sur le Règlement Général de Protection des Données

Les informations collectées servent à la gestion de l'inscription de l'enfant et à préserver sa santé pendant l'accueil à la MJC. Une copie de cette fiche est confiée à l'animateur qui a la garde de l'enfant. Conformément au RGPD vous avez en permanence un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition. Cette fiche et copies seront détruites au 30 septembre n+2.

Fait à ..... Signature

Le .....

## RESPONSABLES LEGAUX

**PARENT 1** Nom : .....  
 Adresse si différente : .....  
 Profession : .....  
 Tél. : ..... Mobile : .....  
 Courriel : .....

**PARENT 2** Nom : .....  
 Adresse si différente : .....  
 Profession : .....  
 Tél. : ..... Mobile : .....  
 Courriel : .....

### Situation familiale des parents :

vit en couple  monoparentale

Autres informations : .....  
 .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX - VACCINATIONS

Fournir une copie de la page vaccins du carnet de santé

Enfant né après le 1er janvier 2018		Enfant né avant le 1er janvier 2018	
Vaccins obligatoires	Dernières dates	Vaccins obligatoires	Dernières dates
Anti Diphtérie Tétanos Polio DTP		Anti Diphtérie Tétanos Polio DTP	
Coqueluche			
Haemophilus influenzae de type b		Vaccins recommandés	
Hépatite B		Rubéole Oreillons Rougeole ROR	
Infections invasives à pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C		Autres précisez	
Rubéole Oreillons Rougeole ROR			

**Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication**

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole  Coqueluche  Varicelle  
 Otite  Angine  Scarlatine  
 Rougeole  Oreillons  Rhumatisme Articulaire aigu

### ALLERGIES

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses

**PRECISEZ LA CAUSE DES ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR :** .....

### L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

OUI  NON  Si oui lequel : .....

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 pris sans ordonnance.**

**INDIQUEZ TOUTES DIFFICULTES DE SANTE** maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les précautions à prendre

**RECOMMANDATIONS & OBSERVATIONS UTILES** port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires ou auditives, l'enfant mouille-t-il son lit...