

# 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-islejourdain-availles.fr



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné .....  
 Responsable légal de l'enfant, l'inscrit à (préciser : accueil périscolaire, Accueil de Loisirs, stage, CLAS, 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.

J'autorise  je n'autorise pas la MJC à utiliser toutes images prises à l'occasion des activités faites par l'enfant sur les supports suivants : exposition de fin de séjour, album photo, site Internet, réseaux sociaux, documents papier de communication... (vous pouvez rayer un ou plusieurs supports)

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».

Pour le bon déroulement de l'accueil de votre enfant, ces informations font l'objet d'une saisie sur un fichier informatique, vous avez un droit d'accès et de modification des informations qui vous concernent.

Signature

Fait à .....

Le .....

## RESPONSABLES LEGAUX

**PERE** Nom : .....  
 Adresse si différente : .....

Profession : .....  
 Tél. : ..... Mobile : .....  
 Courriel : .....

**MERE** Nom : .....  
 Adresse si différente : .....

Profession : .....  
 Tél. : ..... Mobile : .....  
 Courriel : .....

### Situation familiale des parents :

mariés  pacés  divorcés  célibataires  
 séparés  veuf/ve  union libre

Autres informations : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX - VACCINATIONS se référer au carnet de santé ou aux vaccinations de l'enfant

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite					
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres, préciser	
BCG					

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune 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...