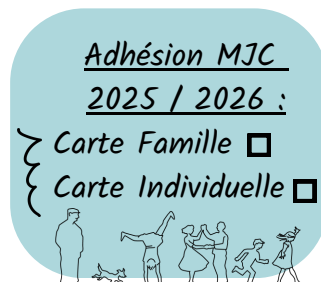




11 Grand' Rue du Pont
86150
L'ISLE JOURDAIN
05 49 48 94 00

Dossier saison 2025 / 2026

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / /
Ecole / Collège : Classe :
Numéro de téléphone du jeune :



RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Parent ☐ Famille d'accueil ☐ Autre :	Parent ☐ Famille d'accueil ☐ Autre :
Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Adresse :	Adresse :
Commune :	Commune :
Téléphone du domicile :	Téléphone du domicile :
N° de mobile :	N° de mobile :
Employeur :	Employeur :
Téléphone lieu de travail :	Téléphone lieu de travail :
Courriel :	Courriel :
Régime allocataire : ☐ CAF / N° allocataire : ☐ MSA / N° allocataire :	Régime allocataire : ☐ CAF / N° allocataire : ☐ MSA / N° allocataire :
Quotient familial :	Quotient familial :
Numéro de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :	
Votre enfant à une reconnaissance A.E.E.H ? Oui ☐ Non ☐	

ALSH 3-11 ans : Accueil et départ de l'enfant

1 seul choix possible : Voir le règlement intérieur / paragraphe "accueil délocalisé et transport"

Je déposerai / récupérerai l'enfant :
☐ à L'isle Jourdain (Accueil de loisirs) ☐ à Availles Limouzine (salle multi-activités)
(Pour les horaires voir sur le règlement intérieur)
Lieu de rendez-vous délocalisés avec transport :
Préciser la commune

ALSH 3-17 ans : Accueil enfants et jeunes " Autorisation de sortie accompagné "

J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs / accueil périscolaire / activités de loisirs à
laisser partir l'enfant avec :

Identité des personnes autorisés à venir récupérer l'enfant à l'accueil Jeune (en complément des responsables légaux)
NOM : Prénom : Numéro de téléphone :
NOM : Prénom : Numéro de téléphone :
NOM : Prénom : Numéro de téléphone :

ALSH 11-17 ans : Départ de l'enfant " Autorisation de partir seul "

J'autorise l'enfant à partir seul à la fin de la journée (17h-18h) :
☐ OUI ☐ NON

FICHE SANITAIRE

Code de l'Action Sociale et des Familles

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

1) Enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

2) Médecin Traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

3) Vaccinations :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – 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 Recommandés	Dernières dates
Anti Diphtérie Tétanos Polio DTP		Rubéole Oreillons Rougeole ROR	
Coqueluche		Autres précisez	
Haemophilus influenzae de type b			
Hépatite B			
Infections Invasives à pneumocoque			
Méningocoque de sérogroupe C			
Rubéole Oreillons Rougeole ROR			

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

2

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	☐ OUI	☐ NON
Coqueluche	☐ OUI	☐ NON
Varicelle	☐ OUI	☐ NON
Otite	☐ OUI	☐ NON
Angine	☐ OUI	☐ NON
Scarlatine	☐ OUI	☐ NON
Rougeole	☐ OUI	☐ NON
Oreillons	☐ OUI	☐ NON
Rhumatisme Articulaire aigu	☐ OUI	☐ NON

L'enfant a-t-il des Allergies :

☐ OUI ☐ NON

Précisez le type des allergies

☐ Asthme ☐ Alimentaires ☐ Médicamenteuses

Conduite à tenir:

L'enfant suit-il un traitement ?

☐ OUI ☐ NON

Veuillez 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 !

L'enfant à difficultés de santé :

☐ OUI ☐ NON

Précisez: (Maladie, accident, crises, convulsives, hospitalisation, opération, rééducation....)
Merci de noter les précautions à prendre

Recommandations et Observations utiles :

☐ OUI ☐ NON

Précisez: (Port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires ou auditives.....)

Participation aux activités

1) Savoir Nager :

L'enfant a-t-il suivi des leçons de natation ?

☐ Oui ☐ Non

L'enfant sait-il nager ?

☐ Oui ☐ Non



Merci de fournir l'attestation "Savoir Nager"

L'enfant a-t-il des contre indications aux activités baignades ?

☐ Oui ☐ Non

Précisez:

J'autorise l'enfant :

A pratiquer des animations aquatiques (canoë, kayak, surf...)

☐ Oui ☐ Non

A pratiquer des animations sportives (VTT, escalade, accrobranche...)

☐ Oui ☐ Non

Sauf contre indications médicales ! Précisez:

2) Droit à l'image :

☐ **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 : photos de groupe lors de différentes activités, sorties, pour des projets d'animations, site Internet, réseaux sociaux, documents papier de communication (vous pouvez rayer un ou plusieurs supports)

Ces photos peuvent apparaître sur le site internet de la MJC Champ libre : <https://www.mjc-champlibre.fr/> ou sur le réseau social Facebook <https://www.facebook.com/MJCChampLibre>

Nous accordons la plus grande attention pour qu'aucune photographie ne puisse porter préjudice ni à la dignité de l'enfant ni à celle de sa famille à travers lui. L'utilisation de l'image d'un enfant reste soumise à votre autorisation.

Votre accord est nécessaire, vous pouvez l'annuler à tout moment à votre convenance. Nous conserverons les images à des fins historique.

3) Transport :

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**, l'enfant à être transporté dans les véhicules assurés par la MJC Champ Libre ou par une sociétés de transport.

La MJC sera amenée à transporter les enfants lors de sorties extérieurs ou dans le cadre de déplacements réguliers à partir de votre commune d'habitation.

4) Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence:

J'autorise les animateurs, directeurs à procéder à l'hospitalisation de mon fils / ma fille, en cas de besoin !

☐ OUI ☐ NON

Dans le cadre du respect du Règlement Général sur la Protection des Données, ce dossier est conservée par la MJC pendant 1 an.

4) Signatures :

Fait à , le / /

Signature du/des parents, ou responsable légal de l'enfant :