



Dossier d'inscription MJC - Accueil de Loisirs 3-10 ans



VOTRE ENFANT :

NOM :

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... à

Sexe : M F

Veillez joindre les photocopies des vaccinations de votre enfant

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

| L'enfant a-t-il des allergies ? | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|-------------|-----|----------------|-----|----------|-----|
| Asthme | | Alimentaire | | Médicamenteuse | | Autres * | |
| oui | non | oui | non | oui | non | oui | non |
| | | | | | | | |

* Précisez l'allergie et la conduite à tenir : _____

| (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Dates | Pathologies |
| / / | |
| / / | |
| / / | |

Recommandations des parents : _____

Nom et tél du médecin traitant : _____

Nom de l'Hopital où sera transporté votre enfant en cas d'urgence : _____

L'enfant suit-il un traitement médical
Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments

RESPONSABLES :

Responsables légaux : Père Mère Tuteur

NOM :

Prénom(s) :

Adresse :

Maman :

Papa :

Fixe :

Travail :

Adresse mail :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Caisse de sécurité sociale de :

Numéro d'immatriculation couvrant l'enfant :

Caisse d'Allocations Familiales :

Numéro d'allocataire :

Quotient Familial :

Mutuelle

Assurance familiale couvrant l'enfant :

AUTORISATIONS PARENTALES :

-Je soussignée,responsable de l'enfant, l'autorise à rentrer seul à la maison à la fin de la journée du Centre de Loisirs.

OUI

NON

-Je soussignée,responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs.

-Je déclare accepter les conditions générales de l'inscription.

-Je déclare avoir eu connaissance du règlement intérieur et en accepte les termes

-Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

-Je déclare accepter que mon enfant soit filmé ou photographié dans le cadre du Centre de Loisirs, ces photos pourront servir à la promotion du centre sur les supports de communication à des fins non commerciales

Fait àle.....

Signature :