Dossier d'inscription MJC - Accueil de Loisirs 12-17 ans

VOTRE ENFANT :

NOM :……

Prénom(s) :……

Né(e) le :……./……/…… à ……

Sexe : M F

Veuillez joindre les photocopies des vaccinations DTP

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

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

MJC – Maison Pour Tous – 152 Bd du 8 mai 1945
69590 St Symphorien sur Coise – Tél : 04 26 65 92 76

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 à ……....le……

Signature :