

Année :

	Z Briançon
	Z Villard St Pancrace
	Z Névache
	Zanzi - Ruche

MJC CS DU BRIANÇONNAIS

FICHE D'ADHESION



N° _____ Date _____

Nom	Nom de l'enfant	
Prénom	Prénom de l'enfant	
Date de Naissance	Date de naissance enfant	Sexe
Adresse		
Code Postal		Ville
Tél fixe parent (1)		Tél fixe parent (2)
Tél mobile parent (1)		Tél mobile parent (2)
Tél pro parent (1)		Tél pro parent (2)
mail parent (1)		
mail parent (2)		
Employeur parent (1)		Profession parent (1)
Employeur parent (2)		Profession parent (2)
N° CAF		QF
Paiement	12 €	Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>

Pour les mineurs, à remplir par le responsable légal

Nom Prénom parent (1)	Noms des parents	
Nom Prénom parent (2)	Prénoms des parents	
Adresse		
Code postal		Ville

Je soussigné _____ autorise mon fils, ma fille _____ à participer aux activités organisées par la MJC CS du Briançonnais. J'autorise la MJC CS du Briançonnais à prendre toutes les dispositions utiles en cas de nécessité d'intervention médicale ou chirurgicale.

Signatures

INFORMATION ASSURANCE

Nous vous informons de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile pour les activités extra et périscolaires de votre enfant.

Je soussigné _____

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils collectifs de mineurs de la MJC Centre Social du Briançonnais.

AUTORISATION DE FILMER ET PHOTOGRAPHER

Autorise N'autorise pas (cocher la case de votre choix.)

Que mon enfant soit filmé ou photographié dans le cadre des activités des accueils collectifs de mineurs de la MJC Centre Social du Briançonnais sachant que ces images seront utilisées sur des supports papiers ou audiovisuels pour la présentation où la promotion des activités des accueils collectifs de mineurs de la MJC Centre Social du Briançonnais et que ces images ne seront pas diffusées sur internet.

AUTORISATION D'ACCES « CAF-CDAP »

Pour simplifier vos démarches, la MJC Centre Social a, par convention avec la CAF des Hautes Alpes, la possibilité de consulter les ressources des allocataires afin de déterminer le tarif applicable pour l'accueil de votre enfant.

Cette consultation du fichier sur CAF-CDAP est soumise à l'accord préalable du parent allocataire et ne se fera que par un personnel de la MJC CS du Briançonnais habilité à le faire par la CAF des Hautes Alpes.

Attention : les parents qui ne donneraient pas leur accord et ne fourniraient pas non plus les justificatifs de leurs revenus lors de l'inscription de leur enfant se verront appliquer le tarif maximum (comme indiqué dans le règlement intérieur).

Autorise N'autorise pas la consultation de mes ressources sur le fichier CAF-CDAP (cocher la case de votre choix.)

Date et Signature du responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....