



MJC.CS

DATE INSCRIPTION :

Carnet vaccination

Nouvelle adhésion

Renouvellement

LE JEUNE

NOM :

PRÉNOM :

Sexe : F M

Groupe sanguin:

Date de naissance:

Age:

Classe :

Adresse:

Ville:

☎ domicile:

☎ du jeune:

@ :

@ :

N° Sécu.Social:

N°Allocataire CAF :

RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE

NOM :

PRÉNOM :

☎ travail et/ou portable:

@ :

PÈRE

NOM :

PRÉNOM :

☎ travail et/ou portable:

@ :

Précisions à apporter à l'équipe d'encadrement ? (divorce, garde etc.)

.....

.....

.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)
responsable de l'enfant.....

Oui / Non

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJCCS, à son projet éducatif et au projet pédagogique jeunesse.
- Autorise l'enfant à participer aux activités de la MJCCS (à l'accueil et à l'extérieur du bâtiment).
- Autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toute mesure (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé du mineur.
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'incident qui pourrait survenir en dehors du bâtiment et hors des activités encadrées par les animateurs de la MJCCS.
- Autorise l'enfant à avoir recours aux transports en commun, en minibus et en véhicules particuliers des animateurs (contrat auto-mission) pour certaines activités encadrées.
- Autorise mon enfant à partir seul à l'heure de fermeture de l'accueil
- Autorise mon enfant à partir seul avant la fermeture de l'accueil

* La MJC.CS s'engage à ne pas divulguer vos informations personnelles et ne pas les utiliser dans un but commercial.

Merci de bien vouloir remplir le tableau ci-dessous **et** fournir une **photocopie du carnet de santé**

VACCIN	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
	Diphthérie				Hépatites A et B			
	Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole			
	Poliomyélite				Coqueluche			
	OU DT polio				Autres à préciser:			
	OU Tétracoq							
BCG								

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

MALADIE	MALADIES	OUI	NON	DATE	MALADIES	OUI	NON	DATE
	Rubéole				Rougeole			
	Coqueluche				Scarlatine			
	Otite				Oreillons			
	Varicelle				Angine			
	Rhumatisme articulaire							

MÉDICAL

> Votre enfant suit-il un **traitement médical** ? Un **PAI** ? (Protocole d'Accueil Individualisé)

.....

.....

> A-t-il des **difficultés de santé** ? Un **handicap** ? Y a-t-il des **précautions particulières** à prendre?

.....

.....

> NOM, VILLE et TÉLÉPHONE du **MÉDECIN DE FAMILLE** :

Sans ordonnance, aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant

ALLERGIE	ALLERGIES	OUI	NON	Causes de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir?	
	Asthme			
	Alimentaires			
	Médicamenteuses			
	Autres à préciser:			

AUTRE

> Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** ? A-t-il une **intolérance alimentaire** ?

.....

.....

> Votre enfant sait-il **nager** ? OUI NON

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à les actualiser.

Fait à Le/...../..... **NOM & SIGNATURE** →