



MJCCS

DATE INSCRIPTION :

Carnet vaccination
 Adhésion
 Renouvellement
 Nouvel(le) adhérent(e)

LE JEUNE

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____
 Sexe : F M Groupe sanguin : _____
 Date de naissance : _____ Age : _____ Classe : _____
 Adresse: _____ Ville : _____
 ☎ domicile: _____ ☎ du jeune : _____
 @ : _____ @ : _____
 N° Sécu : _____ N°Allocataire CAF : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

<p>MÈRE NOM : _____ PRÉNOM : _____ ☎ travail/portable : _____ @ : _____</p> <p>PÈRE NOM : _____ PRÉNOM : _____ ☎ travail/portable : _____ @ : _____</p>	<p>AUTRE PERSONNE AUTORISÉE (grands-parents, oncle/tante, voisin etc.)</p> <p>NOM : _____ PRÉNOM : _____ Lien avec l'enfant : _____ ☎ travail/portable : _____ @ : _____</p>
---	---

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

.....

.....

.....

AUTORISATION

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 mon enfant à participer aux activités de la MJCCS (à l'accueil jeunes et en sortie).

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 MJCCS 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
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres à préciser:		

Causes de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir ?

.....

.....

.....

.....

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 →**