



Tel : 04 78 45 25 38
 59 RUE ETIENNE GROS
 69630 CHAPONOST
contact@mjcchaponost.fr

FICHE INSCRIPTION 2016-2017

PHOTO

Coordinateur jeunesse : 06 46 90 12 87
 Animateur : 06 46 90 12 88

ENFANT	
Nom :	.....
Prénom :	.....
Né(e) le :	..... à :
Sexe :	.....
Tel :	.....

RESPONSABLE LEGAL Père - Mère - Tuteur	
Nom :	.....
Prénom :	.....
Adresse :	..... .....
Code postal :	..... Ville :
Tél :	..... Tél. urgent :
Email :	.....
Numéro de téléphone en cas d'urgence :	(Préciser le lien de parenté)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
N° SS :	.....
N° allocataire :	..... (même si vous ne percevez pas d'allocations)
Nom médecin Traitant :	.....
Ville :	.....
Tel :	.....

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, responsable de l'enfant, autorise la MJC à utiliser pour son usage propre, les photos, films, interviews et enregistrement réalisés au cours des activités et renonce ainsi aux droits d'auteur et d'image y afférant.

Signature

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

2 – VACCINATION (Remplir à partir du carnet de santé)

**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.**

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquées au nom de l'enfant.)
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres :	

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler)

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

Votre a-t-il rencontré des difficultés de santé : (Maladie, Accident, Opération, Hospitalisation, Crises)
Merci d'indiquer les **dates** et les **précautions à prendre** ?

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS ? (Lentilles, lunettes, prothèses auditives et dentaires etc ,,)

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

Autorisation de sortie
- Donne l'autorisation <input type="checkbox"/> Ne donne pas l'autorisation <input type="checkbox"/> à mon enfant de rentrer seul(e) à la fin des activités.
- Donne l'autorisation à Mme/Mr.....de venir récupérer mon enfant à la fin des activités.

ENGAGEMENT ET RESPONSABILITE

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

Lu et approuvé

Signature du responsable légal :

Fait à :

Le :