



Tel : 04 78 45 25 38  
 59 RUE ETIENNE GROS  
 69630 CHAPONOST  
[contact@mjcchaponost.fr](mailto:contact@mjcchaponost.fr)

# FICHE INSCRIPTION 2018-2019

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 postale : ..... 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 medecin 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  Non

## 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	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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**

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

ALLERGIES :	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Medicamenteuses :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Alimentaires	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 à enfant rencontrer t-il des difficultés de santé : (Maladie, Accident, Opération, Hospitalisation, Crises)  
Merci d'indiquer les **dates** et les **précautions à prendre** ?

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

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS ? (Lentilles, lunette, 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..... à 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 :