



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

# FICHE INSCRIPTION 2017-2018

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	<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	
<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 <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 AIGÛ <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"/>	Medicamenteuses :	<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 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 :