



# FICHE ADHÉRENT SAISON 2021 > 2022

Une fiche par adhérent

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Activité 1 : Jour : ..... Heure : ..... Montant : .....

Activité 2 : Jour : ..... Heure : ..... Montant : .....

Activité 3 : Jour : ..... Heure : ..... Montant : .....

+ Adhésion : 16 € MONTANT TOTAL :

Date de naissance : ...../...../..... Courriel : .....

Adresse : ..... Téléphone portable 1 : .....

..... Téléphone portable 2 : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Quotient Familial si inférieur ou égal à 1200 : .....

## Autorisations et acceptation du règlement intérieur

### Adhérent(e)

Je soussigné(e), adhérent(e) cité(e) ci-dessus

autorise, à titre gracieux, la MJC de Chaponost et tout média à capter (ou à fixer), à reproduire et à diffuser mon image lors des activités et des manifestations de la MJC à toutes fins promotionnelles de la MJC de Chaponost.

Cette autorisation vaut pour la durée légale et pour le monde entier (Internet), pour toute diffusion par tout moyen de représentation publique et sur tout support de reproduction notamment numérique et vidéo.

accepte le Règlement Intérieur de la MJC

donne mon consentement au traitement des données personnelles ci-dessus dans le strict respect de la loi concernant le règlement sur la protection des données

#### En cas d'activité physique ou sportive :

atteste être informé(e) des risques inhérents à la pratique de l'activité à laquelle je suis inscrit(e) et être dans une condition physique qui ne présente pas de contre-indication à cette pratique.

Fait à Chaponost, le.....

Signature :

### Responsable légal pour adhérent(e) mineur(e)

Je soussigné(e) père ou mère, si autre à préciser.....

Nom : ..... Prénom : .....

Responsable légal de l'enfant adhérent(e), cité(e) ci-dessus,

l'autorise à pratiquer les activités de la MJC de Chaponost, et autorise le responsable de la MJC à faire pratiquer tous les soins et à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

autorise, à titre gracieux, la MJC de Chaponost et tout média à capter (ou à fixer), à reproduire et à diffuser l'image de mon enfant lors des activités et des manifestations de la MJC à toutes fins promotionnelles de la MJC de Chaponost.

Cette autorisation vaut pour la durée légale et pour le monde entier (Internet), pour toute diffusion par tout moyen de représentation publique et sur tout support de reproduction notamment numérique et vidéo.

accepte le Règlement Intérieur de la MJC.

donne mon consentement au traitement des données personnelles ci-dessus dans le strict respect de la loi concernant le règlement sur la protection des données

Fait à Chaponost le .....

Signature :

### Autorisation de sortie

Donne l'autorisation  Ne donne pas l'autorisation : 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.

# FICHE SANITAIRE pour l'accueil de loisirs uniquement

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

RESPONSABLE LÉGAL : 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 : .....

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	ANGINE	<input type="checkbox"/>	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	ROUGÉOLE	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>		

<b>ALLERGIES</b>	Asthme <input type="checkbox"/>	Alimentaires <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses <input type="checkbox"/>	Autres.....
------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--	-------------

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Si automédication le signaler) : .....

Votre à enfant rencontre-t-il **des difficultés de santé** : (Maladie, accidents, opération, hospitalisation, crises) ? Merci d'indiquer **les dates** et les **précautions à prendre** ? .....

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

## ENGAGEMENT ET RESPONSABILITÉ

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 : .....