



DOSSIER CONFIDENTIEL

PARTICIPANT(E) :

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Portable du jeune : E-mail :

RESPONSABLE LEGAL / NOM PRENOM

TEL : PORTABLE :

*E-mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), Mr ou Mme responsable de l'enfant ci-dessus,
L'autorise à adhérer au Centre Social MJC dans le cadre des activités ou des sorties.

J'autorise le responsable à prendre toutes initiatives utiles concernant la santé de mon enfant notamment en cas d'accident.

Il est laissé aux parents la responsabilité de s'informer par téléphone ou auprès du responsable des conditions de réalisation et d'organisation des activités. Seules les sorties de plus de 24 heures seront soumises à une autorisation parentale spéciale.

Fait à Le

Signature des parents :

ADHESION

Individuelle : 14.00 € MODE DE PAIEMENT CHEQUE ESPECE

Familiale : 20.00 €

Complémentaire : 6.00 € VALABLE DU ET JUSQU'AU 06 JUILLET 2018

A SAVOIR

1° Le secteur Jeunes fait partie du Centre social de la MJC.

Pour y avoir libre accès en période périscolaire et participer à des activités pendant les vacances, l'adhésion est obligatoire.

Cette adhésion n'est pas remboursable de même que toute activité ou sortie réglée qui ne pourra faire l'objet d'un remboursement sauf cas de force majeure.

Il est d'ailleurs demandé aux parents ou au jeune de prévenir en cas de désistement afin que d'autres puissent bénéficier de la place.

Les inscriptions aux activités se font dans la limite des places disponibles.

2° La participation aux activités et sorties est fixée en fonction de la spécificité de celle-ci.

Dans le cas de problèmes rencontrés avec un jeune, ils s'efforceront d'être traités lors d'une rencontre entre un représentant de la MJC, les parents et les participants. D'autre part, en cas de manquement grave à la loi, la MJC se réserve le droit de faire appel aux services compétents.

IMPORTANT : IL SERA DE NOTRE DEVOIR DE FAIRE PART DE TOUTE INQUIÉTUDE CONCERNANT L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE OU PHYSIQUE D'UN ENFANT OU D'UN ADOLESCENT FREQUENTANT NOTRE STRUCTURE AUPRES DES INSTANCES COMPETENTES (MAISON DEPARTEMENTALE ET DES SOLIDARITES).

Fait à _____

Le _____

Signature des parents

Signature de l'adhérent

Ne pas oublier de remplir correctement la fiche sanitaire Recto et Verso.

Autorisation Parentale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame (père, mère ou tuteur légal) :

de l'enfant (NOM-Prénom).....

Demeurant :

Tél. /

- Autorise mon enfant à rejoindre les animateurs sur le lieu de l'activité (piscine, City Stade, Cinéma ...) et/ou au centre et décharge la MJC de toute responsabilité concernant ses trajets.
- N'autorise pas mon enfant à rejoindre seul les animateurs sur le lieu de l'activité.

-
- Autorise mon enfant à bénéficier de temps libre lors de sorties organisées par la MJC (parc d'attractions, visites diverses...)
 - N'autorise pas mon enfant à bénéficier de temps libre.

-
- Autorise mon enfant à partir seul du lieu de l'activité après les temps d'animation et décharge la MJC de toute responsabilité concernant ses trajets.
 - N'autorise pas mon enfant à partir seul du lieu d'activité.

-
- Autorise mon enfant à partir seul du centre.
 - N'autorise pas mon enfant à partir seul du centre.

RAPPEL :

Les horaires d'ouverture du Centre en période scolaire :

Les Mardi, Jeudi, vendredi : **16h00-19h00.**

Mercredi : **9h00-12h00 et 13h30-19h00**

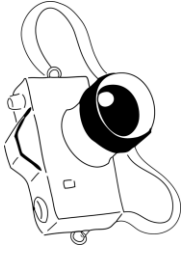
Samedi : **13h00-18h00**

Les horaires d'ouverture du Centre en période de vacances scolaire :

Du Lundi au Vendredi : **9h00-12h00 et 13h30-17h30.**

Date

Signature,



DROIT A L'IMAGE
AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) M. Mme :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentant(e) légal de l'enfant (des enfants) :

.....

Autorise :

- LA MJC CENTRE SOCIAL DE CREPY EN VALOIS

- A prendre mon fils/ma fille en photo
- A réaliser un film
- A utiliser cette/ces image(s) pour une publication :
 - *sur le site internet de la MJC de Crépy-en-Valois
 - *sur l'album photos/le film qui sera réalisé durant les différentes activités de la MJC

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par la MJC de Crépy-en-Valois est garanti de même que le droit de retrait.

Date

Signature.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT	
	NOM :	_____
	PRÉNOM :	_____
	DATE DE NAISSANCE :	_____
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME 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 non

MÉDICAMENTEUSES

oui

non

ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES

.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE),..... DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

*Je soussignée,responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe
d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions
d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :