

INSCRIPTION ACTION JEUNES MJC PONTS JUMEAUX



PARTICIPANT.E

Prénom Nom

Adresse

Ville Code postal

Téléphone Quartier de résidence

Email

Date de naissance Lieu de naissance

Etablissement scolaire

Taille Poids Groupe sanguin

Médecin traitant Téléphone

Numéro de sécurité sociale

Traitement médical Oui Non Précisez

Régime alimentaire Oui Non Précisez

Allergies Oui Non Précisez

TDAH - TDA Oui Non Précisez

Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Conduite à tenir / Recommandations utiles

Difficultés de santé (maladie, hospitalisation, opération,...) en précisant les dates et les précautions à prendre

Vaccination

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole - oreillons			
Poliomyélite				Coqueluche			
D.T. Polio				B.C.G			
Tétra coq				Autres : préciser			

Maladies déjà contractées

Rougeole Oui Non Varicelle Oui Non Angine Oui Non
 Rubéole Oui Non Coqueluche Oui Non Rhumatisme Oui Non
 Scarlatine Oui Non Oreillons Oui Non Otite Oui Non

Contact en cas d'urgence

Le représentant légal sera toujours contacté en premier. Merci de fournir les coordonnées d'une autre personne de confiance au cas-où le représentant légal ne serait pas joignable

Prénom Nom
 Adresse
 Ville Code postal
 Téléphone

**L'adhérent.e s'engage à respecter le règlement intérieur en signant ce document.
 Cf. document fourni lors de l'inscription.**

Date
 Signature de l'adhérent.e

AUTORISATION REPRESENTANTS LEGAUX

Activités sportives et baignades

J'autorise l'adhérent.e à participer aux activités sportives Oui Non

J'autorise l'adhérent.e à participer aux baignades surveillées Oui Non

Communication

J'accepte que l'adhérent.e soit photographié.e ou filmé.e dans le cadre des activités de la MJC et accepte l'utilisation des photos ou vidéos à des fins de communication de l'association:

- Site internet Oui Non
- Plaquettes / flyers Oui Non
- Réseaux sociaux

Je souhaite recevoir la newsletter de la MJC afin d'être tenu au courant des activités jeunesse. Oui Non

Déplacement

J'autorise la MJC à laisser l'adhérent.e rentrer seul.e à son domicile après les activités. Oui Non

Nous vous informons que l'adhérent.e pourra être en quartier libre sur certaines sorties. Le groupe sera réparti en petits groupes (de minimum trois personnes) et muni d'un téléphone. Un périmètre sera fixé avec l'équipe d'animation.

De plus, chaque participant.e sera en possession du numéro de l'équipe en version papier ou enregistré sur leur téléphone.

J'autorise l'adhérent.e à participer au quartier libre. Oui Non

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

Je soussigné.e, M. / Mme

responsable de l'adhérent.e

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise les responsables de la M.J.C à prendre le cas échéant, toutes les mesures urgentes (hospitalisations et interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et à procéder en mon nom aux opérations d'admission, de sortie et à signer en mon nom toute décharge de responsabilité rendue nécessaire. D'autre part, nous nous engageons, s'il y a lieu, à rembourser à la M.J.C les montants des frais médicaux.

Signature

DOCUMENTS A FOURNIR

- Ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées du nom de votre enfant avec la notice), si traitement médical. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.
- Copie des **vaccins du carnet de santé**. Si l'adhérent.e n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
- Copie de l'**assurance extrascolaire** de la saison en cours ou de la **responsabilité civile**.
- Copie **attestation CAF** ou dernier avis d'imposition.
- Copie **attestation sécurité sociale** ou CMU.
- Copie du "**test préalable à la pratique des activités nautiques & aquatiques**" pour toute baignade ou activité nautique.
- Paiement de l'**adhésion de 10€**, si non participant à un atelier de la MJC.

REPRESENTANTS LEGAUX

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Quartier de résidence	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Quartier de résidence	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

Date	<input type="text" value=".../... / 2024"/>	<input type="text" value=".../... / 2025"/>	<input type="text" value=".../... / 2026"/>	<input type="text" value=".../... / 2027"/>
Signature annuelle d'un ou des représentant.s légal.aux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>