

NOM : ..... DATE DE NAISSANCE :  
 PRÉNOM : ...../...../.....

## NE PAS REMPLIR

- ADHÉSION À LA MJC
- PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION
- ATTESTATION QF CAF OU COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION
- ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE
- AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE
- CARTE D'IDENTITÉ OU DU PASSEPORT DU SIGNATAIRE
- CARTE D'IDENTITÉ OU PASSEPORT DU JEUNE
- SAVOIR NAGER

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

INDIQUER LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES  
 (Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

...../...../.....  
 ...../...../.....  
 ...../...../.....  
 ...../...../.....  
 ...../...../.....

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

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS

RÉGIME ALIMENTAIRE, TROUBLE DE CONDUITE, TROUBLE DYS, ...

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

VOTRE ENFANT EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH ?  OUI  NON

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ADRESSE :  
 .....  
 .....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

- PORTABLE : ...../...../...../...../.....
- TRAVAIL : ...../...../...../...../.....
- AUTRE : ...../...../...../...../.....

COURRIEL :  
 .....  
 .....

## VACCINATIONS

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS OU UNE ATTESTATION DE VACCINATION DU MÉDECIN.

*Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de présenter un certificat médical.*

## TRAITEMENT MÉDICAL

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  OUI  NON

Si oui, lequel ?  
 .....  
 .....  
 .....

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'accueil, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments (dans leurs boîtes d'origine).*

## AUTORISATION PARENTALE

J'AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEULE À LA FIN DES ACTIVITÉS, À L'HEURE PRÉCISÉE DANS LE PROGRAMME.

OUI  NON *Si non, précisez les personnes pouvant venir chercher votre enfant au dos du document.*

## PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher mon enfant

UNIQUEMENT DES PERSONNES MAJEURES

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien avec l'enfant

## PERSONNES NON-AUTORISÉES

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien avec l'enfant

## DROIT À L'IMAGE Détail des publications

Les photos pourront être publiées sur différents supports de communication internes et/ou externes. Merci de préciser pour chaque support, l'autorisation ou non de la diffusion d'images où apparaît votre enfant. Ces photos présenteront généralement les jeunes en groupe. Un droit de rectification est toujours possible.

**J'AUTORISE LA DIFFUSION DE PHOTOS :**

### INTERNE

#### Affiches & Brochures

OUI  NON

#### Site internet

(Pas de réseaux sociaux)

OUI  NON

### EXTERNE

#### Presse locale

(Bulletins municipaux,  
Le Messenger et Le Dauphiné)

OUI  NON

Je soussigné.e ....., responsable de l'enfant, ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le / la responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :