

NOM : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
 PRÉNOM :
 N° Sécurité sociale :

NE PAS REMPLIR

- ☐ ADHÉSION À LA MJC
- ☐ PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION
- ☐ ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRASCOLAIRE
- ☐ ATTESTATION QF CAF OU COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION
- ☐ 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)

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

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.*

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

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

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

Si oui, merci de fournir le justificatif.

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 Messager 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 :