

FICHE D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS SAISON 2022/2023

Maison des Jeunes et de la Culture 10 allée du Château 42110 Feurs 04 77 26 21 14

Je soussigné (e) (Nom).....(Prénom)..... père, mère, tuteur, demande l'inscription de(s) l'enfant(s) ci-dessous à l'accueil de loisirs organisé par la M.J.C. de Feurs. Je l'(les) autorise à participer à toutes les activités proposées ainsi qu'aux sorties (par tout moyen de transport) et séjours. En cas d'urgence, j'autorise le Directeur à prendre toutes mesures qu'il jugera utiles et porte à sa connaissance les informations nécessaires. L'enfant est sous la responsabilité de la MJC dès le départ du parent, qui aura remis en personne son enfant à l'encadrant. Le parent reprend la responsabilité à partir du moment où il récupère son enfant auprès de l'encadrant référent d'accueil.

Adresse :

Tel domicile : Tel travail : Tel autre :

Adresse mail : Profession :

Quotient familial : N° d'allocataire : caisse de.....

J'autorise la MJC à consulter, si besoin, à titre confidentiel mon dossier allocataire sur le site de la CAF **OUI** **NON**

Etat civil des enfants :

Nom : Prénom : date de naissance :/...../..... Sexe :

Nom : Prénom : date de naissance :/...../..... Sexe :

Nom : Prénom : date de naissance :/...../..... Sexe :

Régime alimentaire particulier:

Observations à connaître pour le bien-être de votre enfant au sein du groupe :

Un de vos enfants fait-il l'objet d'un suivi éducatif ou d'un accompagnement particulier ? (Educateur, Structure d'accueil spécialisée, ULIS, SECPA, SESSAD...) **Oui** **Non**

Coordonnées du référent éducatif : Nom : Téléphone

Nom et adresse de la structure :

Un de vos enfants est-il porteur d'un handicap reconnu par la MDPH ? **Oui** **Non**

Un de vos enfants est-il bénéficiaire de l'aide AEEH ? **Oui** **Non**

Je m'engage à remplir et à remettre à l'organisateur une « Fiche Sanitaire de Liaison » avec tous les renseignements utiles (fiche remise avec celle-ci).

J'autorise la MJC à publier, pour sa communication, des photos ou vidéos où peut apparaître mon enfant : **OUI** **NON**

J'autorise mon (mes) enfant(s) à se rendre et repartir seul(s) de l'accueil de loisirs : **OUI** **NON**

Personne(s) autorisé(es) à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la sortie du centre :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone

Les informations recueillies lors d'une inscription sont enregistrées dans un fichier informatique. Elles sont uniquement destinées à un usage interne nécessaire au bon fonctionnement des activités et à des fins statistiques. Elles seront anonymisées dans les 3 ans après votre dernière inscription. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification en vous adressant à l'accueil.

Cette inscription implique l'acceptation du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs consultable sur notre site internet ainsi qu'à l'accueil de la MJC

Je certifie exacts et complets les renseignements portés ci-dessus. A Feurs, le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1 -VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomélie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Préciser :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :