



**FICHE D'INSCRIPTION 2015 - 2016
PUBLIC ENFANTS - ADOS**

RENOUVELLEMENT INSCRIPTION OUI NON

ADHESION N°

ADHERENT

NOM PRENOM

SEXE DATE DE NAISSANCE / /

ETABLISSEMENT SCOLAIRE CLASSE

REPRESENTANT LEGAL

NOM PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE.....

QUARTIER 7 deniers Amidonniers Ponts jumeaux Autre :

TELEPHONE DOMICILE TELEPHONE PORTABLE

TELEPHONE TRAVAIL AUTRE TELEPHONE

MAIL (EN MAJUSCULES)

PROFESSION Employé Artisan Cadre Sans emploi Retraité Etudiant

N° ALLOCATAIRE CAF QUOTIENT FAMILIAL (sur justificatif)

CLUBS D'ACTIVITES

Activité n° 1 : Jour/Créneau : Prix :

Activité n° 2 : Jour/Créneau : Prix :

Activité n° 3 : Jour/Créneau : Prix :

ACTION JEUNES

L'Accueil Loisirs Jeunes et Job'art Team sont réservés aux jeunes de 10 à 17 ans.

Accueil Loisirs Jeunes Job'art Team Autre

Acceptez-vous de recevoir la newsletter mensuelle ? (infos sur la programmation culturelle et jeunesse)

OUI NON

RESERVE A L'ADMINISTRATION	
ADHESION :€	ESPECES <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/>
COTISATION :€	<input type="checkbox"/> ESPECES :€
	<input type="checkbox"/> CHEQUES :€
	<input type="checkbox"/> CHEQUES VACANCES :€
REDUCTION ACCORDEE	<input type="checkbox"/> 10% 2 ^{ème} activité <input type="checkbox"/> 10% 2 ^{ème} personne QUOTIENT FAMILIAL <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 40%

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) agissant en qualité de père/mère/tuteur de l'enfant.....

- autorise mon enfant à participer aux sorties prévues dans le cadre de la programmation.
- autorise le responsable à prendre en cas d'accident toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- m'engage à rembourser à la MJC l'ensemble des éventuels frais médicaux qui seraient occasionnés.

J'autorise Je n'autorise pas la MJC à laisser mon enfant rentrer seul à son domicile après les activités.

J'autorise Je n'autorise pas la MJC à filmer et/ou photographier mon enfant dans le cadre des activités.

FICHE SANITAIRE (seulement pour l'Action Jeunes)

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Centre hospitalier souhaité en cas d'urgence :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Joindre impérativement une photocopie lisible de l'ordonnance.

Votre enfant fait-il des allergies médicamenteuses ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Ou d'autres types d'allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

Votre enfant sait-il nager ? OUI NON

Joindre impérativement une photocopie du certificat de nage libre 25 m

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON

Joindre impérativement une photocopie du Carnet de Santé.

Votre enfant est-il sujet à des crises d'asthme ? JAMAIS PARFOIS SOUVENT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Coqueluche Scarlatine

Angine Otite Rougeole Oreillons

Autre

Autres antécédents médicaux que vous souhaitez signaler :

.....

Je certifie l'exactitude des indications portées sur l'ensemble de ce document et reconnais avoir reçu en main propre le Règlement Intérieur relatif à l'activité choisie. La participation de mon enfant vaut acceptation de ses différentes dispositions.

J'ai noté que, sans réponse de ma part à la MJC, le paiement de la cotisation sera encaissé après la deuxième séance d'essai.

Date et signature :