

FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017 - 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.....
MERE PORTABLE TRAVAIL
 MAIL
PERE PORTABLE TRAVAIL
 MAIL
 N° ALLOCATAIRE CAF QUOTIENT FAMILIAL (sur justificatif)

ACTIVITES

Choix n°1 : Jour/Créneau : Tarif :
 Choix n°2 : Jour/Créneau : Tarif :
 Choix n°3 : Jour/Créneau : Tarif :

ACTION JEUNES (10 - 17 ans)

Périodes de vacances scolaires Périodes scolaires Autre

NEWSLETTER

OUI NON Je souhaite recevoir la newsletter

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.

Autorisation de rentrer seul :

OUI NON J'autorise la MJC à laisser mon enfant rentrer seul à son domicile après les activités

Autorisation de droit à l'image :

OUI NON J'accepte d'être photographié ou filmé dans le cadre des activités et j'autorise la MJC à diffuser l'image sur ses supports de communication (site internet, plaquette...)

FICHE SANITAIRE

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 (seulement pour l'Action Jeunes)

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 :

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |

Autres antécédents médicaux que vous souhaitez signaler :

.....

Je certifie l'exactitude des indications portées sur l'ensemble de ce document.

Je reconnais avoir reçu en main propre le règlement relatif à l'activité choisie.

La participation de mon enfant vaut acceptation de ses différentes dispositions.

J'ai noté que l'adhésion à l'association reste due et que sans réponse de ma part auprès du secrétariat de la MJC, le paiement de la cotisation à l'atelier sera encaissé après la première séance d'essai.

Date :

Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ADHESION	<input type="checkbox"/> ESPECES € <input type="checkbox"/> CHEQUES €	
ATELIERS	<input type="checkbox"/> ESPECES €	
	<input type="checkbox"/> CHEQUES	NOVEMBRE €
		JANVIER €
		AVRIL €
<input type="checkbox"/> CHEQUES VACANCES €		
<input type="checkbox"/> COUPON SPORT €		
REDUCTIONS	<input type="checkbox"/> 10% 2 ^{ème} PERSONNE <input type="checkbox"/> 10% 2 ^{ème} ACTIVITE <input type="checkbox"/> 10% QF <input type="checkbox"/> 20% QF <input type="checkbox"/> 30% QF <input type="checkbox"/> 40% QF	
PERSONNE(S) DE LA MEME FAMILLE PRATIQUANT UNE ACTIVITE	NOM / PRENOM :	
	ACTIVITE :	
	NOM / PRENOM :	
		ACTIVITE :

