



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**ACCUEIL DE LOISIRS**  
**Saison 2020/ 2021**

NOM, PRENOM : .....

Date de naissance : .....

***Cadre réservé à l'administration de l'accueil de loisirs***

N° adhérent: .....

Activités ALSH :  
.....  
.....

Quotient familial : ..... Tranche: .....

N° Sécurité sociale : .....

Nom, prénom de la mère ou représentante légale: .....

Nom, prénom du père ou représentant légal: .....

Adresse : .....

Tél. de la mère ou représentante légale: .....

Tél. du père ou représentant légal: .....

Tél. du jeune : .....

Adresse mail : .....

Adresse mail du jeune : .....

Régime : CAF      MSA      Autre : .....

N° allocataire : ..... Nom du bénéficiaire : .....

***Personne(s) autorisée(s) à récupérer le jeune (hors représentants légaux) :***

Nom(s), Prénom(s) : .....

Rentre seul :    Oui                  Non

**Dans le cadre de l'accueil de loisirs, j'autorise :**

- Mon enfant, à participer à toutes les activités physiques ou culturelles organisées par l'accueil de loisirs sur la MJC et en dehors de la structure : sorties, séjours courts, visites, etc...
- Le personnel de la MJC à photographier ou à filmer mon enfant lors des ateliers, activités ou manifestations qu'elle organise. Ces documents peuvent être utilisés uniquement dans les supports de communication de la MJC et ce, sur plusieurs années.

Fait à :

Le :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - Date de l'inscription à l'accueil de loisirs : .....

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

**ATTENTION** : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Vaccins recommandés	Oui	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-oreillons-rougeole		
Poliomélyte			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autre (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**?    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 pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez la case si oui)?

Rubéole		Varicelle		Scarlatine		Coqueluche	
Otite		Rougeole		Oreillons		Angine	

### ALLERGIES

Asthme		Médicament		Alimentaire		Autre	
--------	--	------------	--	-------------	--	-------	--

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Si automédication le signaler)**

.....  
.....

**REGIME ALIMENTAIRE :**            CLASSIQUE                            SANS PORC                            SANS VIANDE

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ?

.....  
.....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Signature du Directeur :