

**Cadre réservé à l'administration**

Date d'inscription.....

Adhésion N°.....

Renouvellement inscription  OUI  NON

**Adhérent**

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Sexe .....

**Représentant légal**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville.....

Téléphone .....

Autre numéro à contacter .....

Mail .....

Compagnie d'assurance ..... N° de contrat.....

Quartier de domicile  Amidonniers  7 Deniers  Ponts Jumeaux  Autre (à préciser).....

Quotient Familial (joindre justificatif) .....

**Ateliers**

N° 1 - ..... Jour/Créneau ..... Tarif .....

N° 2 - ..... Jour/Créneau ..... Tarif .....

N° 3 - ..... Jour/Créneau ..... Tarif .....

**Accueil Jeunes (11 - 17 ans) / Préinscription**

Périodes de vacances scolaires  Périodes scolaires

**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'autorise la MJC à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités et à diffuser l'image sur ses supports de communication (site internet, plaquette...)

**Fiche sanitaire**  
**(A remplir par les adhérents de l'accueil jeunes, des ateliers sportifs et de danse)**

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'accueil 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. (seulement pour l'accueil jeunes)*

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 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 sans retour de ma part auprès du secrétariat de la MJC, 72 heures après la séance d'essai, l'adhésion à l'association et le paiement de la cotisation seront encaissés**

Date :

Signature :

**Cadre réservé à l'administration**

Adhésion	Cotisation
Espèces ..... €	Espèces ..... €
Chèques ..... €	Chèques
	Novembre ..... €
	Janvier ..... €
	Avril ..... €
	Chèques vacances ..... €
	Coupons sport ..... €

**Réduction**

- 10% 2<sup>ème</sup> PERS     10% 2<sup>ème</sup> ACTIVITE     10% QF     20% QF     30% QF     40% QF

**Rattachement dossier**

Nom ..... Prénom ..... Atelier .....

Nom ..... Prénom ..... Atelier .....