



## DOSSIER INSCRIPTION ACTION JEUNES

### SAISON 2021-2022

#### ADOLESCENT.E

Nom : .....

Prénom/s : .....

Né/e le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à : .....

Age: .....

Sexe :  M  F  Neutre : .....

Adresse : .....

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

Quartier du domicile :

Ponts Jumeaux  Sept Deniers  Amidonniers

Autre, préciser : .....

Etablissement scolaire : .....

Téléphone de l'adolescent : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Mail de l'adolescent: .....

Compte sur les réseaux sociaux :  Instagram : .....

Facebook : .....

Snapchat : .....

Discord : .....

#### REPRESENTANTS LEGAUX

Nom – Prénom : .....

Nom– Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Ville : .....

Téléphone : Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Téléphone : Domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Bureau : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Bureau : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Mail : .....

Mail : .....

Photo d'identité à  
coller ici

# FICHE SANITAIRE

Cette fiche recueille les renseignements médicaux obligatoires pour l'accueil de votre enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé. Ce document doit être entièrement rempli et signé pour finaliser l'inscription.

## RENSEIGNEMENTS DIVERS RELATIFS A L'ADOLESCENT.E

Poids : .....kg      Taille : .....m.....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° sécurité sociale des parents : .....

Prise en charge Sécurité Sociale à 100% ?     OUI     NON

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ADOLESCENT.E

Groupe sanguin : .....

L'adhérent.e 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 marqués du nom de votre enfant et avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

### Vaccins :

Une copie des pages relatives aux vaccins du carnet de santé de l'adolescent.e est à fournir. Si l'adolescent.e n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates des derniers rappels
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole – Oreillons			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou D.T. Polio				Autres : préciser			
Ou Tétracoq							
B.C.G.							

### Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

.....  
.....

### Allergies :

Médicamenteuses     OUI     NON

Asthme     OUI     NON

Alimentaires

OUI     NON

Autres : .....

Précisez la cause des allergies et la conduite à tenir (rappel : fournir l'ordonnance pour tout médicament) :

.....  
.....

Régime alimentaire particulier : .....

Indiquez les éventuelles difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents :** (N'hésitez pas à venir rencontrer l'équipe d'animation)

.....  
.....  
.....

**ACTIVITES SPORTIVES ET BAINNADE**

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives :  OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  OUI  NON

**CONTACT EN CAS D'URGENCE**

*Le représentant légal sera toujours contacté en premier / merci de fournir les coordonnées d'une autre personne de confiance au cas-ou les parents ne seraient pas joignables :*

Noms : ..... Prénom/s : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE – à compléter par le représentant légal :**

Je soussigné.e, M. /Mme ....., responsable de l'adhérent.e ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise les responsables de la M.J.C. à prendre le cas échéant, toutes les mesures urgentes (hospitalisations et interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et à procéder en mon nom aux opérations d'admission, de sortie et à signer en mon nom toute décharge de responsabilité rendue nécessaire. D'autre part, nous nous engageons, s'il y a lieu, à rembourser à la M.J.C. les montants des frais médicaux.

Fait à ..... Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pour valoir ce que de droit à compter du : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nom et signature :**

**DROIT A L'IMAGE**

J'accepte que l'adhérent.e soit photographié.e ou filmé.e dans le cadre des activités de la MJC et accepte l'utilisation des photos ou vidéos à des fins de communication de l'association :

- site internet
- plaquettes/flyers/
- réseaux sociaux.....

OUI  NON

**COMMUNICATION**

Je souhaite recevoir la newsletter de la MJC afin d'être tenu au courant des activités jeunesse.  OUI  NON

**DEPLACEMENTS**

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

**QUARTIER LIBRE**

J'accepte que l'adhérent.e soit en quartier libre par groupe de trois avec un téléphone par groupe. Un périmètre sera fixé avec l'équipe d'animation. De plus, chaque participant sera en possession du numéro de l'équipe en version papier

## DOCUMENTS A FOURNIR

- Photo identité ( à coller sur le dossier)
- Paiement adhésion (si non adhérent.e à un atelier de la MJC)
- Fiche sanitaire complète
- Règlement intérieur signé
- Copie de l'assurance extrascolaire 2021-2022 ou de la responsabilité civile
- Copie attestation CAF ou dernier avis imposition
- Copie des Vaccins ( carnet de santé)
- Copie attestation sécurité sociale ou CMU
- Copie du « Test préalable à la pratique des activités nautiques & aquatiques » pour toute baignade ou activité nautique

### ADHESION 2021/2022

L'adolescent.e est-il déjà adhérent.e d'un atelier à la MJC pour la saison en cours ?

OUI Lequel : .....  NON

## REGLEMENT INTERIEUR

L'adhérent.e s'engage à le respecter en signant ce document. *Cf. document fourni lors de l'inscription.*

Fait à ..... Le \_\_ / \_\_ / \_\_

**Signature du Représentant légal**  
**Précédé de la mention "Lu et approuvé"**

**Signature de l'Adhérent**  
**Précédé de la mention "Lu et approuvé"**

### PARTIE RESERVEE A L'EQUIPE DE LA MJC

**Adhésion 10€:**  chèque       espèces

**Linscription.com / dossier validé & remise du paiement au secrétariat :**  Oui     Non

**Information sanitaire / conduite à suivre :**

Traitement :  OUI     NON

Ordonnance :  OUI     NON

.....  
.....  
.....

**Remarques :**

.....  
.....  
.....