



FICHE D'ADHÉSION 2024/2025

N° NA R

QF

INFORMATIONS ADHERENT Age

NOM..... PRENOM..... DATE DE NAISSANCE...../...../.....

ADRESSE.....

COMMUNE..... CODE POSTAL.....

.....

MAIL.....

INFORMATIONS REPRESENTANT LEGAL (si l'adhérent est mineur)

NOM..... PRENOM.....

..... MAIL.....

.....partie à remplir par la MJC.....

ACTIVITES	JOUR						HORAIRE	TARIF	
	L	M	M	J	V	S			
APRES SÉANCE D'ESSAI, AUCUN REMBOURSEMENT D'ACTIVITÉ NE SERA POSSIBLE									
Réduction 10% :	<input type="checkbox"/> 2è activité	<input type="checkbox"/> Enfants/Conjoints	<input type="checkbox"/> Bénévole CA					-	
Réduction 30% :	<input type="checkbox"/> Personnel CIE-Ato	Réduction 40% :	<input type="checkbox"/> Enfant CIE-Ato					-	
Bon vacances	Jours x	Euros					-		
ADHESION	10 €	20 €	ADHESION DE SOUTIEN	41 €	62 €	TOTAL			

Droit à l'image : Acceptez-vous que votre image ou celle de vos enfants soit utilisée par la MJC pour les supports graphiques, vidéos et sites internet de la MJC ? **Adulte** OUI NON **Enfant** OUI NON

Mai 2018 Loi de Mise en conformité avec le RGPD : Les informations recueillies sur cette fiche sont nécessaires au traitement de votre inscription et sont destinées aux animateurs, aux salariés et gestionnaires de la MJC, pour un usage interne à la MJC à des fins de statistiques, de correspondance, d'informations relatives au fonctionnement des activités et de droit d'adhésion et, si vous le souhaitez, pour information des événements et manifestations de la MJC. Conformément à la loi du 25/05/2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces informations qui sont conservées à la MJC pour une durée de 3 ans.

Information santé : Je m'engage à fournir, à titre préventif, toute information jugée utile sur ma santé ou celle de mon enfant à l'intervenant et à la MJC et qui pourrait occasionner une quelconque difficulté dans la pratique de l'activité ainsi qu'un certificat médical pour toute activité sportive.

De quelle façon avez-vous eu connaissance des activités de la MJC?

Telex RL Radio Site Internet Facebook Plaquette MJC Affiche/Flyer Autres

Souhaitez-vous être informé(e) des événements de la MJC? OUI NON

Souhaitez vous prendre part bénévolement aux manifestations de la MJC? OUI NON

La Direction se réserve le droit d'annuler un club d'activités ou une tranche horaire si le nombre de participants est insuffisant

Reçu le la somme de..... Mode de paiement.....

Reçu le la somme de..... Mode de paiement.....

Reçu le la somme de..... Mode de paiement.....

Je déclare avoir pris connaissance et accepte l'ensemble des modalités et fonctionnement de la MJC

L'adhérent* **Le représentant légal*** **L'encaisseur (nom)**

*Date et signature

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) ENFANT(S) FREQUENTANT LA MJC

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) et conduite à tenir à détailler sur la fiche sanitaire

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) à détailler sur la fiche sanitaire

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REGIME ALIMENTAIRE NORMAL SANS PORC VEGETARIEN ALLERGIES*

*Allergie(s) à détailler sur la fiche sanitaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

NOM DE LA MERE : PRENOM DE LA MERE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

SITUATION : MERE AU FOYER DEMANDEUR D'EMPLOI SALARIEE AUTRE

NOM DE L'EMPLOYEUR :

NOM DU PERE : PRENOM DU PERE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

SITUATION : MERE AU FOYER DEMANDEUR D'EMPLOI SALARIEE AUTRE

NOM DE L'EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRESENTANT LEGAL

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

N° DE SECURITE SOCIALE :

REGIME SOCIAL DE RATTACHEMENT : Général Agricole (MSA) Autre

N° ALLOCATAIRE CAF : QUOTIENT FAMILIAL :

MONTANT REVENUS NET IMPOSABLE : NOMBRE DE PARTS :

NOMBRE D'ENFANTS AU FOYER :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e),

Autorise les personnes citées ci-dessous à venir prendre en charge mon (mes) enfant(s)

NOM : PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

NOM : PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE : N° TELEPHONE MOBILE :

Autorise mon (mes) enfant (s) à rentrer seul au domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs

Autorise mon (mes) enfant(s) à être transporté(s) en car ou en minibus pour les sorties prévues dans le cadre des activités du centre de loisirs

Autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon (mes) enfant(s) (maladie, accident...)

Autorise le responsable du centre de loisirs à administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance

Autorise la MJC à utiliser toutes prises de vue (photos, vidéo...) de mon (mes) enfant(s), à des fins, publicitaires commerciales ou non.

Je soussigné(e),

Responsable légal de(s) l'enfant(s) précité(s), déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT
ELLE SERA DETRUIE EN FIN D'ANNEE SCOLAIRE.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé et fournir une copie ou fournir une attestation de votre médecin).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	
-----	--

OCCASIONNELLEMENT	
-------------------	--

OUI	
-----	--

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	
-----	--

OUI	
-----	--

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil de loisirs ou à défaut son adjointe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :