



FICHE D'ADHÉSION 2025/2026

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% :	☐	2è activité	☐	Enfants/Conjoints	☐	Bénévole CA		-
Réduction 30% :	☐	Personnel CIE-Ato	Réduction 40% :	☐	Enfant CIE-Ato			-
Bon vacances	Jours x	Euros						-
ADHESION	10 €	20 €	ADHESION DE SOUTIEN	41 €	62 €		TOTAL	(F. 02-03-04-05-06-07-08-09-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00)

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)

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.

SAINT-AVOLD LE

SIGNATURE



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025/2026

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT
ELLE SERA DETRUITE 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 ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	

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 :