



Reçu le :

Saisie Go Asso :

Fiche adhérent

Secteur jeunesse

Saison du 1/09/21 au 31/08/22

1) RENSEIGNEMENTS JEUNE

Nom : Prénom :
 Date de Naissance : Sexe : M F Etablissement scolaire :
 Classe : Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél : E-mail :

2)

PARENT 1

Nom :
 Prénom : Date de Naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél :
 E-mail :

PARENT 2

Nom :
 Prénom : Date de Naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Tél :
 E-mail :

3) AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à rejoindre seul son domicile après son activité OUI NON
 J'autorise mon enfant à voyager par tous les moyens de transports proposés par la MJC OUI NON
 J'autorise le personnel encadrant à prendre toutes décisions en cas d'urgence médicale OUI NON

PERSONNES HABILITÉES A VENIR RECUPERER MON ENFANT

NOM - PRENOM	Téléphone	Lien

4) TARIF SECTEUR JEUNESSE

16€ : Adhésion à la MJC
 5€ Adhésion au secteur jeunesse

Montant total de 21€ hors sorties*

5) DROIT A L'IMAGE

J'accepte que les images et/ou celles de mon enfant soient utilisées pour les supports de communication de la MJC ? OUI NON

DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, Facture Téléphone,)
- Photocopie des vaccins
- Règlement



Fiche sanitaire de liaison

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Le jeune doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

CONDITIONS GENERALES

- J'atteste que mon état de santé et/ou celui de mon enfant est compatible avec la pratique de mon/son activité au sein de la MJC.
- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- Je consens au traitement de mes données personnelles dans le strict respect du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

La MJC est une association de loi 1901 qui fonctionne grâce à la bonne volonté de ses adhérents. Il y a mille et une façon de participer, chacun comme il peut avec ses capacités et ses connaissances.

Accepteriez-vous de donner un peu de votre temps ?

OUI **NON**

Fait à Tassin, le

Signature (du représentant légal si mineur)