



Fiche adhérent

Activités hebdomadaires

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

Reçu le :

Saisie Go Asso :

1) ADHÉRENT (Si majeur, allez directement au 4 – Activité)

Nom : Prénom :
Date de Naissance : Sexe : M F Situation familiale :
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 (pour les mineurs)

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) ACTIVITES

Activité 1 Jour : Heure : Montant €
Activité 2 Jour : Heure : Montant €
Activité 3 Jour : Heure : Montant €
+ Adhésion : 16 € **Montant total €**

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

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

Pour les mineurs, merci de remplir le verso



Fiche sanitaire de liaison

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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

II - Renseignements médicaux :

L'enfant 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.

L'enfant 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.... ?

DOCUMENTS A FOURNIR

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

Fait à Tassin, le

Signature (du représentant légal si mineur)