



Reçu le :

Saisie Go Asso :

Fiche adhérent Mineur

Activités hebdomadaires

Saison du 1/09/23 au 31/08/24

1) ADHÉRENT Mineur

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 :
Profession :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél :
E-mail :

PARENT 2

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

3) Je peux participer à l'organisation des manifestations liées aux activités de mon enfant OUI NON

4) 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

5) ACTIVITES

Activité 1 Jour : Heure : Montant €
Activité 2 Jour : Heure : Montant €
Activité 3 Jour : Heure : Montant €
+ Adhésion : 10 € **Montant total €**

6) 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).

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
- Attestation CAF

Fait à Tassin, le

Signature (du représentant légal)