



Fiche adhérent·e mineurs

Saison 2024-2025

1) ADHÉRENT·E MINEUR

Nom : Prénom : Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel : E-mail :

2) PARENT 1

Nom : Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel : E-mail :

Je ne souhaite pas être abonner à la newsletter

PARENT 2

Nom : Prénom :

Profession :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel : E-mail :

Je ne souhaite pas être abonner à la newsletter

3) AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

- J'autorise mon enfant à rejoindre seul son domicile après son activité
- J'autorise mon enfant à voyager par tous les moyens de transports proposés par la MJC / MPT de Tassin la Demi-lune
- J'autorise le personnel encadrant à prendre toutes décisions en cas d'urgence médicale
- J'accepte que les images de mon enfant soient utilisées pour les supports de communication de la MJC / MPT de Tassin la Demi-lune

PERSONNES HABILITÉES A VENIR RECUPERER MON ENFANT

NOM-PRENOM	TELEPHONE	LIEN

4) ACTIVITÉS

Activité 1 Jour : Heure : Montant :

Activité 2 Jour : Heure : Montant :

Activité 3 Jour : Heure : Montant :

+ adhésion jeunesse : 5,00 €

+ adhésion MJC : 10,00 €

Montant total :

5) CONDITIONS GENERALES

- J'atteste que mon l'état de santé de mon enfant est compatible avec la pratique de son activité au sein de la MJC / MPT de Tassin la Demi-lune
- 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
- Je souhaite participer à l'organisation des manifestations liées aux activités de mon enfant

DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture, EDF, facture téléphone)
- Règlement

Fait à Tassin, le

Signature :

Fiche sanitaire de liaison

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

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

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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :