



INSCRIPTION ADHERENT 2017 – 2018

N°Adhérent <i>(ne pas remplir)</i>	Renouvellement <input type="checkbox"/>	Nouveau <input type="checkbox"/>
Nom : Prénom : Né(e) le : ___ / ___ / ___ Responsable Légal : Profession :	Adresse : CP _____ Ville _____ Mobile : Domicile : Travail : Tel Resp. Leg : E-Mail E-Mail Resp. Leg	

CERTIFICAT MEDICAL

FICHE SANITAIRE MINEUR

J'autorise la MJC à utiliser les photos et vidéos prises lors des activités. Leur usage étant strictement réservé à la communication de la MJC.

Oui Non *(je fournis une photographie récente)*

Mon enfant peut repartir seul à la fin des activités : Oui Non

Je souhaite être convié à l'Assemblée Générale de la MJC par Mail Courrier *(je fournis une enveloppe affranchie)*

Je souhaite être invité à une séance de Conseil d'Administration durant la saison 2017/2018 : Oui Non

ACTIVITES	TARIF	REGLEMENT
<u>1</u>		CHQ <input type="checkbox"/> ANCV <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/>
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
ADHESION : 10€ 18€ 40€		
TOTAL		

Signature de l'adhérent ou responsable légal (pour les mineurs)

L'inscription est annuelle. La signature de ce bulletin vaut approbation du règlement intérieur qui est consultable à la MJC de L'Union ou sur www.mjclunion.com

L'Union le ___ / ___ / ___



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARCON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

.....

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREES , ETC... PRECISEZ.

.....

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

OBSERVATIONS

.....

