

<b>N°Adhérent</b> <i>(ne pas remplir)</i>	Renouvellement <input type="checkbox"/>	Nouveau <input type="checkbox"/>
<b>Nom :</b>  <b>Prénom :</b>  Né(e) le : ___ / ___ / ___  <b>Tel de l'enfant :</b>  <b>E-Mail de l'enfant :</b>  Adresse :	Nom Prénom du Responsable Légal :  Tel :  E-Mail :  Adresse <i>(si différente)</i> :  <b>Autorise mon enfant à partir seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></b> <b>CERTIFICAT MEDICAL <input type="checkbox"/> <i>(si nécessaire)</i></b> <b>FICHE SANITAIRE MINEUR <input type="checkbox"/> <i>(au verso)</i></b>	

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

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)*

Je souhaite être invité à une séance de Conseil d'Administration durant la saison 2018/2019 : **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>		
<b>ADHESION :</b>	10€    18€    40€	
<b>TOTAL</b>		

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](http://www.mjclunion.com)

L'Union le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature du responsable légal**



## 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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....