

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

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)*

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>		
ADHESION : 10€ 18€ 40€		
TOTAL		

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

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

L'Union le ____ / ____ / ____



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON 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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Polio, DT polio, Tétracoq, BCG.

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants 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 ?

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE.

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRES

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

INDIQUEZ CLAIRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REDUCATION) 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 DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT Adresse pendant le séjour

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU : NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Date : Signature : A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS