

Secteur Jeunes 11-17
SAISON 2026/2027

ADHERENT

Numéro Adhérent :

CIVILITE : **NOM** **PRENOM**

ADRESSE **Date de naissance :** / /

C.P. **VILLE** **Tél. Portable :**

Etablissement scolaire **Classe**

RESPONSABLES DE L'ADHERENT

RESPONSABLE 1

M Mme NOM **PRENOM**

ADRESSE

C.P. **VILLE**

E. Mail

Tél. Dom :

Tél. Portable :

RESPONSABLE 2 (Facultatif)

M Mme NOM **PRENOM**

ADRESSE

C.P. **VILLE**

E. Mail

Tél. Dom :

Tél. Portable :

QT. Familial

Date QT. Familial

N° allocataire CAF

Fin Adhésion

- ☐ J'autorise l'association à utiliser toute image (vidéo, photographies) prise dans le cadre du centre de loisirs ou des activités fréquentées par mon enfant pour l'insertion sur la plaquette, ou lors d'expositions internes aux activités de l'association.
- ☐ Je n'autorise pas qu'ils soient communiqués

Droit et accès à la communication

Conformément à l'art. de la loi du 06/01/1978, l'adhérent peut vérifier et modifier les informations le concernant. L'adhérent ou son représentant légal autorise la MJC Lucie Aubrac à communiquer ces renseignements ou ceux relatifs aux activités à la CAF ou à la ville pour l'obtention de Subventions spécifiques.

J'ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION QUI M'A ETE REMIS A L'INSCRIPTION ET JE M'ENGAGE A LE RESPECTER

A Grenoble le **Signature**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU JEUNE

NOM

PRENOM

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccinations	Oui	Non	Date des derniers rappels
Tétanos OBLIGATOIRE			
Poliomyélite OBLIGATOIRE			
Diphtérie OBLIGATOIRE			

☐ Je soussigné Mme/Mr.....

Certifie sur l'honneur que mon fils/ma fille est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

Renseignements médicaux concernant le jeune

Médecin traitant (tél.).....

Le jeune suit-il un traitement médical pendant l'activité ☐oui ☐non

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

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐ OUI ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	AUTRES

ALLERGIES : ☐Asthme, ☐médicamenteuses ☐alimentaires ☐Autres

Précisez

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives) :

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses, appareil dentaire) :

Régime alimentaire (viande, poisson, végétarien) :

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

AUTORISATION DE SORTIE

☐ J'autorise l'association à laisser partir mon fils/ma fille à la fin des activités

☐ Je n'autorise pas le départ de mon fils/ma fille, si je ne viens pas moi-même, ci-joint la liste des personnes habilitées à venir chercher mon enfant :

NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE

Date

Signature.....