

**NOM****PRENOM DE L'ENFANT**

Numéro de téléphone en cas d'urgence :

Mère :

Père :

**VACCINATIONS (fournir la photocopie des certificats de vaccination dans le carnet de santé)**

Vaccinations	Oui	Non	Date des derniers rappels
DTP OBLIGATOIRE			
11 vaccins OBLIGATOIRE			

**Je soussigné(e)** .....  
 Certifie sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations obligatoires.

**Médecin traitant (Nom et téléphone)** .....

Si l'enfant suit un traitement médical pendant l'activité 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       VARICELLE       ANGINE       RHUMATISME       SCARLATINE   
 COQUELUCHE       OTITE       ROUGEOLE       OREILLONS       AUTRES

**ALLERGIES :**  Asthme  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres  PAI

.....  
**Certificat médical avec protocole obligatoire**

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives ...) .....

Lunettes  prothèses .....  N ° AEEH : .....

**REGIMES ALIMENTAIRES cocher 1 case svp**

Avec viande/poisson       Avec poisson/œufs       végétarien

**Je soussigné(e)**..... **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 enfant à la fin des activités **si l'enfant à plus de 6 ans.**  
 Je n'autorise pas le départ de mon enfant si je ne viens pas moi-même (ou autre responsable légal)

Ci-joint la liste des personnes habilitées **et ayant plus de 12 ans à venir chercher mon enfant :**

NOM	PRENOM	N° DE TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

Date

Signatures des responsables légaux

**FICHE INSCRIPTION MJC LUCIE AUBRAC  
SAISON 2024/2025**

**RESPONSABLE LEGAL**

NOM ..... PRENOM .....  
ADRESSE ..... Tel Portable .....  
C.P. .... VILLE ..... Tel Fixe .....  
PROFESSION .....  
E-mail : ..... (Important pour vous envoyer des infos)

**NOUS AVERTIR SI VOUS CHANGEZ DE N° TELEPHONE**

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL**

NOM ..... PRENOM .....  
ADRESSE ..... Tel Portable .....  
C.P. .... VILLE ..... Tel Fixe .....  
PROFESSION .....  
E-mail : ..... (Important pour vous envoyer des infos)

QF. Familial

Date QF Familial

N° allocataire CAF

**ENFANT**

NOM	PRENOM	Date naissance	Sexe	ECOLE / CLASSE
-----	--------	----------------	------	----------------

J'autorise l'association à utiliser toutes images (vidéo, photographies) prises dans le cadre du centre de loisirs ou des activités fréquentées par mon enfant pour l'insertion sur la plaquette, sur le site, sur la page Facebook ou lors d'expositions internes aux activités de l'association.

Je n'autorise pas qu'elles soient communiquées

**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

Signatures des responsables légaux