

SAISON 2025/2026 ATELIER :

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 2025/2026**

RESPONSABLE LEGAL

NOMPRENOM
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

ADHESION : individuelle 12 € famille 18 € adhésion de Soutien.....€

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