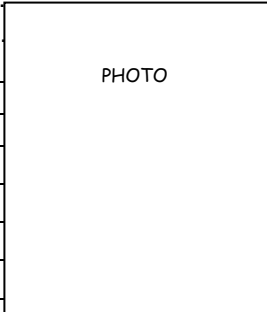


FICHES INSCRIPTION ENFANTS SAISON 2018/2019

L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....



Responsable légal	Père / Mère / Tuteur *	Père / Mère / Tuteur *
Nom Prénom		
Tel domicile		
Portable		
Professionnel		
Adresse mail		

* Rayer la mention inutile

Garçon Fille Date de naissance :

Ecole fréquentée :

N° de Sécurité Sociale. N° de CAF : Quotient Familial :€

RESPONSABLE DE L' ENFANT :

Je soussigné,.....
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la MJC à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :
Signature :

DECHARGES DE RESPONSABILITES

Je soussigné..... autorise mon
fils/fille :.....

A rentrer à son domicile : - SEUL OUI NON

Merci de nous indiquer, en dehors des responsables légaux, les personnes autorisées susceptibles de venir chercher votre enfant :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Si une personne figurant sur cette liste, vient chercher votre enfant pour la première fois, nous lui demanderons une pièce d'identité. Nous vous serions reconnaissants de leur communiquer l'information.

Lyon le :

Signature :

Je soussigné(e)..... autorise la MJC du vieux Lyon à des prises photographiques et audio-visuelles de mon enfant ainsi qu'à leur utilisation afin de promouvoir ses activités sans aucune forme de rémunération.

Signature :

Je soussigné(e)..... atteste avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur de la MJC du Vieux-Lyon et de l'Accueil de Loisirs.

Signature :

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	NOM DU VACCIN (Revaxis, Infanrixquinta...)	DATE DE LA PREMIERE VACCINATION	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT POLIO			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE -INDICATION EN CAS DE VACCIN A L'ETRANGER, JOINDRE LA COPIE.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
.....

ALLERGIES : **ASTHME** OUI NON
 MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON
 AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L' ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).....
.....
.....

VOTRE ENFANT BENEFICIE D'UN PAI (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) : OUI NON

INDIQUEZ CI- APRES :
LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE**.
ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT

VOTRE ENFANT EST EN SITUATION DE HANDICAP : OUI NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T- IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, RENCONTRE-IL DES DIFFICULTES PARTICULIERES, ETC... PRECISEZ.

REPAS (merci de cocher le/les type(s) de repas souhaité(s))

REPAS CLASSIQUE REPAS SANS VIANDE REPAS SANS PORC

PASSERELLE DU MERCREDI (Pour les enfants de l'accueil de loisirs du mercredi uniquement)

Je demande une prise en charge du transfert de mon enfant les mercredis à 12h ; depuis l'ALAE :
vers le site de l'accueil de loisirs du mercredi :

Signature ;