



Fiche de Renseignements et d'Adhésion

Année 2023 (03/01/23 au 02/01/24)



Famille _____

Partie réservée à la MJC

Hors CCVL

2€ cotisation annuelle familiale __/__/__

QUOTIENT FAMILIAL

Informations générales

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone fixe : _____

Courriel : _____

Téléphone mobile 1 : _____ Mère Père Autre : _____

Téléphone mobile 2 : _____ Mère Père Autre : _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Régime d'allocation familiale : CAF MSA Autre : _____ Numéro : _____

Nombre total d'enfants à charge : _____ Ages : _____

Responsable(s) de(s) enfant(s)

Mère Père Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Employeur : _____

Participation CE : oui non

Téléphone travail : _____

Mère Père Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Employeur : _____

Participation CE : oui non

Téléphone travail : _____

Enfant(s) fréquentant le centre de loisirs

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Nom				
Prénom				
Date de naissance				
	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Santé et recommandations				
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime alimentaire				
Allergies				
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PAI (à fournir)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conduite à tenir / Autres recommandations				

Tierces personnes à contacter et autorisées à récupérer les enfants

Nom et prénom	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	Autorisé à récupérer le(s) enfant(s)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon ou mes enfant(s) à participer à toutes les activités du centre et à voyager par tous les moyens proposés par l'équipe de direction.

J'autorise l'équipe de direction à prendre toute mesure d'urgence nécessitée par l'état de santé de mon ou mes enfant(s) selon prescription du corps médical.

J'autorise les organisateurs à prendre mon ou mes enfant(s) en photos, lesquelles pourront être diffusées en interne dans le Centre de Loisirs ou à la MJC, dans la presse locale et sur le site Internet de la MJC.

Date :

Signature :

A compléter et déposer au centre de loisirs ou renvoyer à cl.ebulisphere@mjc-vaugneray.org
OBLIGATOIRE : Joindre votre dernier avis d'imposition ou une attestation de quotient familial,
+ une photocopie ou un scan des pages vaccinations du carnet de santé de votre(os) enfant(s).