



Fiche de Renseignements et d'Adhésion 2025

Du 06/01/25 au 05/01/26



Famille _____

Partie réservée au centre de loisirs

Hors CCVL

2€ / Cotisation annuelle familiale _____

Quotient familial

Régime d'allocation familiale

CAF MSA Autre : _____ Numéro : _____

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

Mère Père Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél perso : _____

Email : _____

Employeur : _____

Tél travail : _____

Participation CE : oui non

Mère Père Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (**si différente**) : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél perso : _____

Email : _____

Employeur : _____

Tél travail : _____

Participation CE : oui non

N° de Sécurité sociale sous lequel le(s) enfant(s) sont rattaché(s) : _____

Situation familiale

Marié/Pacsé Divorcé/séparé Concubinage Célibataire Autre

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
Régime alimentaire				
Sans porc	<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
Sans viande	<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
Autre Précisez :	<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
Santé et allergies				
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
All. 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
All. 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
Allocataire AEEH*	<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 Recommandations				

*Fournir l'attestation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

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

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir lu la note sur le fonctionnement du centre.

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

Date :

Signature :

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