



Fiche de Renseignements et d'Adhésion 2020

(Valable du 06/01/2020 au 04/01/2021)



FAMILLE

Partie réservée à la MJC

QF

COTISATION ANNUELLE* 2€ / /20 en

* une cotisation annuelle familiale de 2€ est demandée en plus de la tarification des journées.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable 1 :

Père Mère Autre (Précisez) :

Portable 2 :

Père Mère Autre (Précisez) :

Courriel :

Numéro de Sécurité Sociale :

Régime d'Allocation Familiale : CAF MSA Autre (Précisez) :

Numéro d'Allocation Familiale :

Nombre total d'enfants à charge + Age :

RESPONSABLE(S) DES ENFANTS

Père Mère

Autre (Précisez) :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Employeur :

Participation CE : OUI NON

Téléphone du travail :

Père Mère

Autre (Précisez) :

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Employeur :

Participation CE : OUI NON

Téléphone du travail :

ENFANT(S) FREQUENTANT LE CENTRE DE LOISIRS

	1 ^{er} enfant (Ainé)	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Prénom				
NOM (Si différent)				
Date de naissance				
Garçon / Fille	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F
Date dernière vaccination D.T.P.				
Date dernière Vaccination Rougeole				
ALLERGIES ou 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
Alimentaire (à préciser ci-dessous)	<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 (à préciser ci-dessous)	<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				

SANTE

Indiquez ci-après :

- les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

en précisant les dates et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**

- les **allergies** (Asthme ? Médicamenteuse ? Autres...) du ou des enfant(s) en indiquant le **PRENOM** et **LA CONDUITE A TENIR** - Le **PAI de votre enfant est à fournir OBLIGATOIREMENT**

AUTRES INFORMATIONS

Personne(s) à contacter en cas d'urgence, autres que les responsables (NOM et numéro) :

Nom / Prénom :

Tél :

Nom / Prénom :

Tél :

Nom / Prénom :

Tél :

Personne(s) pouvant récupérer les enfants, autres que les responsables (NOM et Prénom) :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

- 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 :