

FICHE D'INSCRIPTION MJC CS ♥ RANGUIN

NOM :
PRENOM :

Mail :

Date de Naissance : Age :

Garçon Filles N° S Sle :

Adresse :

Tél domicile mère : Portable Mère :

Tél domicile Père : Portable Père :

Etablissement Scolaire :

Quotient Familial : N° Allocataire :

J'autorise la MJC à consulter CAFPRO pour mon Quotient Familial

L'enfant part-il seul : Oui Non *

*Si Non personne autorisée : Nom : Prénom :

Les téléphones portables ne sont pas autorisés dans le cadre de l'accueil de loisirs

Responsable de l'enfant : PERE () MERE () TUTEURS ()

Nom et Prénom Père ou Tuteur :

Nom et Prénom Mère ou Tutrice :

Profession Père : Tél professionnel :

Profession Mère : Tél professionnel :

Qui prévenir en cas d'accident ?
NOM et n° de téléphone (personnel et professionnel)
Précisez le lien de parenté avec l'enfant

-J'autorise le Personnel de la MJC à récupérer mon enfant en cas de soins à l'hôpital et à le ramener au Centre de Loisirs.

-Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

-Je donne mon accord à la MJC Ranguin pour la diffusion des représentations photographiques de mon enfant.

Je reconnais avoir lu les modalités d'inscriptions, **et QU'aucun remboursement ne sera effectuée**
DATE : Signature

2025/2026 FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et n° téléphone du Médecin Traitant

Date et lieu du séjour ou de l'activité :
Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ;
elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

VACCINATIONS

* Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre 1 certificat médical de contre-indication

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons-Rougeole	
Ou dt polio				Coqueluche	
Ou tetracoq				Autres (précisez)	
BCG				MONOTEST	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour au Centre de loisirs ? Oui Non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole Oui Non Varicelle Oui Non Angine Oui Non
Rhumatismes Oui Non Scarlatine Oui Non Coqueluche Oui Non
Otite Oui Non Rougeole Oui Non Oreillons Oui Non

ALLERGIES : **ASTHME** Oui Non **MEDICAMENTEUSES** Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
(si automédication, le signaler)

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER Oui Non Précisez

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation)
en précisant les dates et les précautions à prendre.

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ? Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc... précisez

NOM :

ETE 2025

JUILLET :

- 07 au 11 juillet
- 15 au 18 juillet (4 jours)
- 21 au 25 juillet
- 28 au 01 août

AOUT :

- 04 au 08 août
- 11 au 14 août (4 jours)
- 18 au 22 août
- 25 au 29 août

SEJOURS :

- 11/14 ans HYERES du 06 au 13 juillet
- 11/14 ans CAMARGUE du 27/07 au 01 août

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DES INSCRIPTIONS

- Autorisation Parentale
(formulaire à retirer à l'accueil)
- Quotient familial CAF, ou numéro d'allocataire ou
avis d'imposition.
- Photocopie Carnet de santé, vaccinations à jour
- Photocopie carte vitale
- Attestation de natation .
-

P.S. : Présence des parents obligatoire lors de
l'inscription.