

Responsable légal 1: NOM : **PRENOM :** **Né(e) le**

Adresse : Code postal : Ville :

Tél.Domicile : .../.../.../.../... Portable : .../.../.../.../... Profes. : .../.../.../.../...
 Adresse mail : N° CAF : QF CAF :

Profession: Employé ou fonctionnaire Cadre moyen/sup./ Prof.Libérale Artisan- Commerçant
 Demandeur d'Emploi Retraité Sans activité

Facultatif : Entreprise : **Métier :**

Responsable légal 2 : NOM : **PRENOM :** **Né(e) le**

Adresse : Code postal : Ville :

Tél.Domicile : .../.../.../.../... Portable : .../.../.../.../... Profes. : .../.../.../.../...
 Adresse mail : N° CAF : QF CAF :

Profession: Employé ou fonctionnaire Cadre/ Prof.Libérale Artisan- Commerçant
 Demandeur d'Emploi Retraité Sans activité

Autorise mon enfant **NOM** **Prénom** à participer aux activités de la MJC
 Masculin Féminin Date de naissance ___/___/___

J'autorise la MJC à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication : Oui Non
 J'autorise mon enfant à rentrer seul (e) après l'activité : Oui Non

Pour les activités sportives, je m'engage à fournir un certificat médical de moins de 3 mois au plus tard dans les 15 jours qui suivent sa 1ere séance.

Je donne mon consentement au traitement de nos données personnelles dans le strict respect du RGPD
 Oui Non

16/17 ans : Votre enfant a besoin d'accompagnement dans sa recherche de stage Oui Non

La MJC est une association loi 1901, souhaitez-vous participer bénévolement :

Ponctuellement Régulièrement Ne sais pas Non

Dans quels domaines souhaiteriez-vous, aider ;

administratif activité communication culturel événementiel enfance jeunesse

ACTIVITE	JOUR	HORAIRE	TARIF	REMISE	TOTAL
					€
					€
					€
Adhésion 12€ dès 16 ans vous pouvez voter et être élu au conseil d'administration					+ 12 €
Montant après réduction(s) (cotisation(s)+ adhésion annuelle)					€
Hors Lyon surplus de 10 € par activité					€
MONTANT TOTAL					€

MODE DE REGLEMENT : Chèque(s) : 1 2 3 4 5 Espèces Chèques ANCV

A St Just, le

Signature du responsable légal

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES nécessaires uniquement pour l'Accueil de Loisirs

Médecin de famille et tél.:

Vaccins	Dates	Vaccins	Dates
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite		Papillomavirus	
Coqueluche		Grippe	
Haemophilus		Zona	
Hépatite B		Méningocoque	
Pneumocoque		Rougeole - Rubéole - Oreillons	
B.C.G.		Autres	

Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle ? Oui Non

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICALE DE CONTRE-INDICATION

Allergies : Asthme: Oui Non Alimentaire: Oui Non

Médicamenteuse: Oui Non Autre:.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....

EN CAS DE TRAITEMENT JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE ORDONNANCE

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Difficultés de santé, précautions, recommandations des parents:

.....
.....
.....

AUTORISATIONS DIVERSES

Si l'enfant/jeune n'est pas autorisé à rentrer seul voici les personnes autorisées à récupérer l'enfant/jeune à l'accueil de loisirs ou à l'espace jeunes:

* *
* *

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'Accueil de loisirs /l'Espace Jeunes

Je soussigné(e) responsable légal de

- autorise les responsables de la MJC à prendre les décisions nécessaires en cas d'urgence médicale **Oui** **Non**

- déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche,

A St Just, le

Signature du responsable légal :