



DOSSIER INSCRIPTION



Mise en application à partir de juin 2019.

Date de l'inscription :

Nom (en majuscule) de l'enfant :

Prénom (en majuscule) de l'enfant :

Sexe : Garçon Fille Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nationalité :

Je soussigné (e) Mr, Mme, Melle.....

Inscrit cet enfant en qualité de :

Parents Représentant légal Autres :.....

Nom des parents :

Adresse

Code postal : Ville :

Si Rouen quel quartier :

Tél. domicile ____/____/____/____/____

Tél. travail mère ____/____/____/____/____

Tél. portable mère ____/____/____/____/____

Profession mère :

Adresse mail :

Tél. travail père ____/____/____/____/____

Tél. portable père ____/____/____/____/____

Profession père :

Situation de famille : Rayer les mentions inutiles

célibataire – union libre – mariés - pacsés – séparé(e) – divorcé(e) – veuf(ve)

En cas de séparation des parents, indiquer les coordonnées du deuxième parent : (Nom – Prénom – Adresse complète – n°tel)

.....
.....

Autres contacts :

Nom : Qualité.....Tél. ____/____/____/____/____

Nom : Qualité.....Tél. ____/____/____/____/____

N° Allocataire C.A.F : _____ Quotient familial : _____

N° Sécurité Sociale : ___/___/___/___/___/___/___/___

Organisme : _____

➤ FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS PRATIQUES	DATES
DIPHTERIE		HEPATITE B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE		COQUELUCHE	
OU DT POLIO		AUTRES (préciser)	
OU TETRACOQ			
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui et dans le cadre de l'accueil de loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) et les remettre à l'équipe de direction. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÛS			SCARLATINE		
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

COQUELUCHE			OTITES			ROUGEOLE			OREILLONS					
NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		OUI

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

POUR TOUTES ACTIVITES SPORTIVES, FOURNIR UNE CERTIFICAT MEDICAL

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

VOTRE ENFANT COMPORTE T-IL :

DES TOUBLES DU COMPORTEMENT :

UN HANDICAP :

DES DIFFICULTES CONCERNANT LA VIE EN COLLECTIVITE :

En cas de situation particulière, merci d'en faire part à la direction de l'accueil de loisirs

➤ AUTORISATIONS

DE SORTIE :

- AUTORISE mon enfant à rentrer seul (e) de l'accueil de loisirs
 N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter seul de l'accueil de loisirs.

Il devra rester à l'accueil du soir jusqu'à mon arrivée au plus tard à 18h.

AUTORISE

Mr, Mme, Melle.....qualité.....

Mr, Mme, Melle.....qualité.....

Mr, Mme, Melle.....qualité.....

à reprendre mon enfant à la sortie de l'accueil de loisirs.

ATTENTION : JE M'ENGAGE A SIGNALER TOUT CHANGEMENT.

A PARTICIPER AUX ACTIVITES ET AUX SORTIES DE LA MJC :

- AUTORISE mon enfant à participer aux diverses activités et sorties de la MJC.

Remarques :
.....
.....

PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS :

- AUTORISE l'association à faire usage (à but non lucratif) de l'image de mon enfant.

REGLEMENT DU CENTRE DE LOISIRS :

- J'ai pris connaissance du règlement du centre de loisirs joint à ce dossier, **je m'engage à respecter les horaires du fonctionnement et l'ensemble du personnel de la MJC**

RECOMMANDATIONS – OBSERVATIONS – DIVERSES :

.....
.....

Je soussigné, _____ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur le dossier d'inscription et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit au directeur du centre de loisirs toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

DATE :Signature :

En accord avec le RGPD*, les informations recueillies sur les différents formulaires d'inscription peuvent être enregistrées dans un fichier informatisé par le personnel de l'Association MJC Grieu Vallon Suisse – Centre Social en charge de la gestion et du suivi de données pour assurer le suivi et l'analyse de public. La base légale du traitement est le consentement. Le seul utilisateur de ces données est l'Association MJC Grieu Vallon Suisse – Centre Social.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consulter le site cnil.fr pour plus d'information sur vos droits.. *Règlement Général sur la Protection des Données