

## FAMILLE

Partie réservée à la MJC

**QF**



☐ 2€ COTISATION ANNUELLE\* : ...../...../..... en .....

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

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Adresse :

Code postal :

Ville :

Portable 1 :

Père

Mère

Autre (préciser) :

Portable 2 :

Père

Mère

Autre (préciser) :

Téléphone fixe :

Email :

Numéro de Sécurité Sociale :

Régime d'Allocation Familiale :

CAF

MSA

Autre (préciser) :

Numéro d'Allocation Familiale :

Nombre total d'enfants à charge :

Age :

## RESPONSABLE(S) DES ENFANTS

Père

Mère

Autre (préciser) :

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Employeur :

Participation CE :

oui

non

Téléphone travail :

Père

Mère

Autre (préciser) :

NOM :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Employeur :


Participation CE :

oui

non

Téléphone travail :

# ENFANT(S) FRÉQUENTANT LE CENTRE DE LOISIRS

	1 <sup>er</sup> enfant (ainé)	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant	4 <sup>e</sup> enfant
<b>Prénom</b>				
NOM (si différent)				
<b>Date de naissance</b>				
Garçon / fille	G F	G F	G F	G F
<b>&gt;&gt; OBLIGATOIRE : envoyer par mail une copie du carnet de vaccination de votre(s) enfant(s) &lt;&lt;</b>				
Carnet de vaccination 				
<b>ALLERGIES OU RECOMMANDATIONS</b>				
Asthme	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Alimentaire	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Médicamenteuse	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
<b>Régime alimentaire</b>				

## SANTÉ

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 PRÉNOM 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 :