



# ADHÉSION 2022-2023

### J'adhère obligatoirement soit :

- Espace jeune de 10 ans à 17 ans: 5 €  
*Seulement pour les inscriptions en dehors des ateliers*
- Adhésion individuelle: 15 €  
*Seulement pour ateliers à l'année, bénévolat*
- Forfait Famille : 30 €  
*Forfait pour plusieurs membres d'une même famille*

ATELIER : \_\_\_\_\_

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

#### Si mineur, renseignement du responsable légal :

Prénom, Nom : \_\_\_\_\_

Mobile (mère) : \_\_\_\_\_ Mobile (père) : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

#### Autorisations parentales :

- J'autorise la MJC à utiliser les images où apparaissent le mineur sur ces supports de communication\*
- J'autorise les professionnels de la MJC à assurer le transport du mineur en fonction de l'activité (ex : minibus)\*

*\*si ce n'est pas le cas, merci de nous en informer par courrier*

- *Pédibus (en dehors de l'espace jeunes)*

OUI       NON

▪ ECOLE PRIVE

▪ ECOLE PUBLIQUE

▪ ARLEQUIN (mercredi seulement)

- J'autorise le mineur à quitter seul la MJC :

OUI       NON

#### Si non, personnes autorisées à récupérer le mineur (en plus du responsable légal) :

- Prénom. \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ :

#### Déclaration sur l'honneur :

Je déclare exact tous les renseignements portés sur ce document. Je m'engage à verser le montant de l'adhésion dans un délai de 1 mois à compter de la date de la signature du présent bulletin.

Fait à Servon-sur-Vilaine le : .....

Signature :

Signature du tuteur légal :

#### Informations administratives complémentaires :

Coordonnées du médecin traitant (*adresse + tél*):

\_\_\_\_\_

N° allocataire CAF / MSA : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_

N° assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire spécifique :

OUI  NON \_\_\_\_\_

#### Montant total : Adhésion + cotisation atelier \_\_\_\_\_ €

#### Modalités de paiement

Par chèque (*de 1 à 3 fois sans frais*) :

1  2  3

Par chèque vacances ANCV :

.....

Par coupon-sport :

.....

En espèce :

.....

Merci de compléter la fiche sanitaire au dos  
(seulement pour les mineurs)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LES MINEURS – 2022/2023

Nom du mineur : .....

Prénom du mineur : .....

Date de naissance : .....

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé, ou joindre une copie. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Autres Vaccins	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
	Hépatite B					Diphtérie	
ROR				Tétanos			
BCG				Poliomyélite ou DT polio			
Coqueluche				ou Tétracoq			
Autre :(Précisez)							

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si l'enfant suit un traitement médical, 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). **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'activité ou le séjour ?  oui  non

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

- |             |                              |                              |                                   |                              |                              |
|-------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Rubéole   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Oreillons                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Varicelle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Coqueluche                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Angine    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Scarlatine                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Otite     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | • Rhumatisme<br>articulaire aigue | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Rougeole  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                                   |                              |                              |

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  oui  non

Informations et précautions :

.....  
.....

L'enfant a-t-il des allergies ?  oui  non

Précisez la cause de l'allergie et les conduites à tenir.

Si automédication, le signaler. Fournir l'ordonnance.

Causes, recommandations, conduites à tenir

.....  
.....

## Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

Recommandations utiles

.....  
.....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) Mme/Mr ....., responsable légal du mineur, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à avertir la Caravane MJC de toutes modifications.

J'autorise les responsables de la Caravane MJC et/ou des activités à faire pratiquer, le cas échéant, toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Date et signature :