



Maison de la Jeunesse et des Loisirs & Restaurant Scolaire

Inscription 20 /20

Secteurs : Maternel Primaire Adolescent Classe _____
Prestations : Extrascolaire Péri-scolaire Cantine

Nom de l'enfant : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Commune de résidence :
N° s. sociale : clé :
Assurance et numéro :
N° allocataire CAF : ou MSA :
Médecin traitant : N° Tél :
En cas d'urgence, transporter l'enfant à :

NOM Prénom du père :
Adresse :
Tél. fixe : Portable : Email :
Profession du père :
Nom, adresse, téléphone de l'employeur :
NOM Prénom de la mère :
Adresse :
Tél. fixe : Portable : Email :
Profession de la mère :
Nom, adresse, téléphone de l'employeur :

Demande d'inscription à la CANTINE à compter du _____

forfait mois au ticket

paiement direct (possibilité de payer en CESU ou chèques vacances) paiement par prélèvement

Et déclare savoir que ce choix est un engagement qui ne peut être modulé à convenance. (cf règlement)

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées par la Maison de la Jeunesse et des Loisirs (MJL), à consommer les mets préparés dans le cadre des animations programmées (respect des normes H.A.C.C.P.). En outre, j'autorise la MJL à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, pour hospitaliser mon enfant si besoin est, et m'engage à rembourser les sommes avancées en cas de frais médicaux. Je consens également à ce que la MJL diffuse l'image de mon enfant à travers ses publications : articles de journaux, télévision, site Internet de la MJL. De plus, la MJL ne peut être tenue responsable en cas de perte et de vol, ainsi que non conformité sanitaire des denrées emportées par les adhérents lors des activités (goûter, pique-nique...). J'ai bien pris connaissance du ou des règlements intérieurs et en accepte le contenu.

A Corneilla del Vercol le : Signature des parents, précédée de la mention <<Lu et approuvé>> :

Documents obligatoires :

Fiche sanitaire de liaison, certificat de non contagion et d'aptitude au sport, attestation d'assurance extrascolaire.
Adhésion annuelle au Point Jeunes : 9,00€ pour les résidents de Corneilla Del Vercol et 18,00€ pour les extérieurs.

**L'ENFANT NE SERA PAS ACCUEILLI DANS L'ETABLISSEMENT
TANT QUE SON DOSSIER COMPLET N'AURA PAS ETE REMIS.**



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

L'ENFANT :
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

LIEU & PÉRIODES DU SÉJOUR : _____

**CETTE FICHE PERMET DE RECEUILIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES :
 REMPLISSEZ-LÀ AVEC LE PLUS GRAND SOIN !!!**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (précisez)	
OU DT Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N' A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION : ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L' ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si OUI, joindre une ordonnance récente et les documents correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marqué au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON Autres : _____

Précisions concernant les allergies ci-après...

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (SI AUTOMÉDICATION PAR L'ENFANT, LE SIGNALER)

INDIQUEZ CI-APRÈS **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATE ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

4 – **RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, UN HANDICAP, ETC. PRÉCISEZ...

5 – **LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM _____ PRÉNOM _____
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

TÉL. (FIXE & PORTABLE) _____ TRAVAIL _____
 NOM & TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je, soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), _____, autorise :

les personnes suivantes à venir chercher mon(mes) enfant(s), _____
à la Maison de la Jeunesse et des Loisirs :

- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____

mon(mes) enfant(s), âgé(s) de plus de 6 ans, _____
à quitter **SEUL** la Maison de la Jeunesse et des Loisirs à partir de 17h00.

Fait à _____, le _____

Signature des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé »

*(Veuillez cocher la ou les cases à valider)

DEROGATION

Je souhaite que mon(mes) enfant(s), _____ soit(ent)
autorisé(s) à fréquenter le service de manière irrégulière selon les modalités de l'article 1.3 pour le(s)
motif(s) suivant(s) :

Fait à _____, le _____

Signature des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé »

