



Monde Des Jeunes de Vendémian

Dossier d'inscription 2021



L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Né le : _____

Adresse : _____

Tél. du Jeune : _____

PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL

Nom et prénom du père ou du responsable légal : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. travail : _____ Catégorie socio professionnelle* : _____

Nom et prénom de la mère ou du responsable légal : _____

Adresse si différente du père : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. travail : _____ Catégorie socio professionnelle* : _____

N° allocataire CAF : _____

Aides dont vous bénéficiez CAF, CE ... (joindre les documents) : _____

Mail pour recevoir les informations liées au MDJ : _____

AUTRES PERSONNES à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignables

Nom et prénom : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Nom et prénom : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

Nom et prénom : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ Tél. travail : _____

* Les catégories socio professionnelles :

- | | |
|---|-----------------|
| 1. les agriculteurs exploitants | 5. les employés |
| 2. les artisans commerçants chefs d'entreprise | 6. les ouvriers |
| 3. les cadres et professions intellectuelles supérieures | |
| 4. les professions intermédiaires (instituteurs, fonctionnaires, employés administratifs, personnels de services, clergé) | |

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné (e) _____ responsable légal de _____

- ☐ certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- ☐ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et adhérer à celui-ci.
- ☐ autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le Monde Des Jeunes.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable *précédée de la mention lu et approuvé :*

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

Je soussigné (e) _____ responsable légal de _____

autorise l'équipe d'animation :

- à prendre en photo l'enfant nommé ci-dessus ☐ Oui ☐ Non ☐
- à utiliser ces photos sur différents supports (plaquettes, presse, facebook, site internet de la commune, « Echos du Conseil », festival photo ...) Oui ☐ Non ☐

Fait à _____ le _____

Signature du responsable *précédée de la mention lu et approuvé :*

PIÈCES À FOURNIR

- ☐ Dossier d'inscription dûment rempli
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile et individuelle accident
- ☐ Paiement de l'adhésion (10 € pour 1 jeune, 15 € pour 2 de la même famille et de 2 € pour chaque jeune supplémentaire)
- ☐ Certificat du médecin attestant que l'enfant est à jour de ses vaccins ou copies lisibles et nominatives de la partie vaccination du carnet de santé de l'enfant
- ☐ Si vous n'avez pas de n° d'allocataire CAF : copie de l'avis d'imposition (N - 1) ou des 3 derniers bulletins de salaire des 2 parents pour nous permettre de calculer le tarif à appliquer (*le cas échéant le tarif le plus élevé sera appliqué*).
- ☐ Copies 2021 des aides auxquelles l'enfant a droit (*pour les aides de la CAF il n'est pas nécessaire de nous en fournir les copies nous aurons accès aux données en ligne fin janvier ou début février 2021*).

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

ENFANT : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon ☐ Fille ☐

I - VACCINATIONS

- Joindre obligatoirement un certificat médical du médecin attestant que l'enfant est à jour de ses vaccins ou des copies, lisibles et nominatives, de la partie vaccination du carnet de santé de l'enfant.

- Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

II - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Groupe sanguin : _____

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Nom du médecin traitant : _____ **Tél. :** _____

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

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

L'enfant est-il **sujet** aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

Allergies : médicamenteuses Oui ☐ Non ☐
alimentaires Oui ☐ Non ☐

autres _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** : _____

III - RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, suit un régime particulier... ? _____

IV - AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (e), _____, responsable légal de l'enfant, _____, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise le responsable du MDJ** à prendre, le cas échéant, **toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, appel des secours*)** rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable *précédée de la mention lu et approuvé* :

**PRENEZ LE TEMPS DE BIEN REMPLIR CE DOSSIER D'INSCRIPTION.
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ
ET VOUS SERA RENDU POUR UN COMPLÉMENT D'INFORMATIONS.**