



## Fiche d'inscription MJC du MONTBRISONNAIS centre de Loisirs 2017/2018

Nom et Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Sexe :  F  M  
Ecole : ..... Classe : .....

### PARENT 1 responsable légal

Lien de parenté : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Portable : .....  
Mail : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Profession : .....  
Situation familiale : .....

### PARENT 2 responsable légal

Lien de parenté : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Portable : .....  
Mail : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Profession : .....  
Situation familiale : .....

### PARENT 3 responsable légal \*

Lien de parenté : .....  
Nom et Prénom : .....  
Père, Tuteur : .....  
Portable : .....  
Mail : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Profession : .....  
Situation familiale : .....

Quotient familial : ..... N° Allocataire CAF : .....  
Mutuelle : ..... Nom assurance civile : .....  
Acceptez-vous les News et mails groupés ?  oui  non  
Acceptez-vous l'envoi de factures par mail ?  oui  non

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT EN FIN DE SEANCE :

Nom : .....	N° de tél : .....	Lien de parenté : .....
Nom : .....	N° de tél : .....	Lien de parenté : .....
Nom : .....	N° de tél : .....	Lien de parenté : .....
Nom : .....	N° de tél : .....	Lien de parenté : .....
Nom : .....	N° de tél : .....	Lien de parenté : .....

\* Beau-Père, Belle Mère, Famille d'accueil...

**Repas spéciaux**

Sans  Sans porc  Végétarien  Sans poisson  P.A.I   
 Autre (à préciser) .....

**Autorisations**

Sortie aquatique  oui  non  
 Droit à l'image (internet inclus)  oui  non  
 CAF PRO  oui  non  
 Intervention/Urgence médicale  oui  non  
 Rentrer seule  oui  non  
 Médicaments (fournir l'ordonnance)  oui  non

Lieu d'hospitalisation .....  
 Mutuelle .....

**Dossier médical**

Vaccins	DTP	ROR	Coqueluche	Hépatite B	Hépatite C
Date					

**Renseignements médicaux**

Rubéole  Otite  Rhumatisme   
 Coqueluche  Angine  Oreillons   
 Varicelle  Rougeole  Scarlatine

Allergies Alimentaires  Asthme  Médicamenteuses   
 Autres (à préciser) .....

**Documents à fournir**

Photocopie du quotient familial  
 Photocopie des vaccins à jour  
 Photocopie de l'assurance responsabilité civile

**Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures, traitements rendus nécessaires par l'état de l'enfant. De plus j'autorise à faire une sortie simple pour mon enfant.**

Date :

Signature précédée de la mention  
 « lu et approuvé »