



DOSSIER D'INSCRIPTION

Centre de Loisirs de la MJC

Saison 2026 – 2027

1. Représentant(s) légal(aux)

Représentant légal n°1

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice ☐ Autre :.....
☐ Mère ☐ légal(e)

Adresse postale :

Code postal : Ville :

N° Allocataire (CAF ou MSA) :

Quotient familial :

Autorise l'accès au dossier CAF ou MSA: ☐ OUI ☐ NON

Adresse e-mail: Téléphone :

(pour l'Espace famille + infos et facturation)

J'accepte de recevoir la newsletter de la MJC : ☐ OUI ☐ NON

Situation familial : ☐ marié ☐ pacsé ☐ concubin ☐ séparé ☐ divorcé ☐ Veuf(e)

Représentant légal n°2

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant :

☐ Père ☐ Tuteur/Tutrice ☐ Autre :.....
☐ Mère ☐ légal(e)

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Téléphone :

2. Informations concernant l'enfant

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon ☐ Autre : Date de naissance : / /

L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, merci de fournir un justificatif).

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? ☐ OUI ☐ NON (Si oui, merci de fournir un justificatif).

3. Autorisations

• J'autorise la MJC à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités et à diffuser l'image de mon enfant sur différents supports utilisés par la MJC (site internet, presse, réseaux sociaux, dossiers, etc.)	☐ OUI	☐ NON
• J'autorise les responsables de la MJC à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et de santé critique de l'enfant.	☐ OUI	☐ NON
• J'autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules de la MJC dans le cadre des activités.	☐ OUI	☐ NON
• J'autorise mon enfant à rentrer seul	☐ OUI	☐ NON

4. Santé

• J'autorise la MJC à administrer un médicament à mon enfant uniquement sur présentation d'une ordonnance valide et selon les prescriptions médicales	☐ OUI	☐ NON
• L'enfant présente-t-il des allergies ? Si oui, lesquelles ?.....	☐ OUI	☐ NON

5. Régime alimentaire

☐ Sans viande ☐ Sans porc

6. Points de vigilance

Y a-t-il des informations importantes que le directeur de l'accueil de loisirs devrait connaître pour accueillir au mieux votre enfant (suspicion de handicap, problème de santé, besoins spécifiques, etc.) ?:

☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de préciser :

.....
.....

7. Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (hors représentants légaux)

Personne n°1

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Téléphone :

Personne n°2

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Téléphone :

Personne n°3

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : Téléphone :

8. Documents à fournir

Merci de joindre :

- ☐ Une **attestation du quotient familial** CAF ou MSA
- ☐ Une **attestation d'assurance responsabilité civile** de l'enfant
- ☐ La photocopie des **vaccins à jour**
- ☐ **PAI** à jour (si concerné)
- ☐ Justificatif **AEEH** à jour (si concerné)