

ADHESION	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le.....	

10/13 ans 14/17 ans

FICHE D'INSCRIPTION SECTEUR JEUNES 2025- 2026

Nom de l'enfant : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____			
Né(e) le : _____		Mail : _____ @ _____	
Nationalité : _____		Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Tél. personnel du jeune (facultatif) : _____			

Informations diverses

Quotient familial CAF : _____ <p style="text-align: center; color: orange;">Document à nous fournir une Attestation D'assurance Responsabilité Civil</p>

REPAS	
Repas normal	<input type="checkbox"/>
Repas sans porc	<input type="checkbox"/>
Repas sans viande	<input type="checkbox"/>

Est-ce que l'enfant sait nager ?	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Autorisations

- Autorise mon enfant à rentrer seul -A la fin de l'heure d'activité prévue OUI NON

- Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom-Prénom	Téléphone	Lien Parenté

- J'autorise l'association à utiliser les prises de vue (photos, vidéos) sur lesquelles apparaît mon enfant :

- dans le cadre interne (affichage ...) OUI NON
- dans le cadre externe (expo, plaquette...) OUI NON

- J'autorise les responsables de la MJC Laënnec/Mermoz à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires en cas d'accident ou d'incident nécessitant une hospitalisation ou une intervention extérieure.

- Je m'engage à rembourser les frais d'intervention médicale que l'association serait amenée à avancer.

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait à Lyon, le

Signature du Responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / /
SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, 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 médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :