

MAISON DES JEUNES ET DE LA CULTURE DE CHAOURCE

10, place des arcades- 10210 CHAOURCE

Tel: 03 25 40 03 62 / 06 03 66 16 79

mjcdechaource.accueil-jeunesse-loisirs@gmx.fr

cadre réservé

2018/2019

Nom et prénom

Adresse

date de naissance

N° de téléphone..... signature

e-mail.....

COTISATION à la M.J.C.

6 €

La carte de la MJC est obligatoire pour participer à une activité
Elle est valable du 1^{er} septembre au 31 août.

Inscrivez dans ce cadre les activités auxquelles vous participez
à la MJC (une seule cotisation est nécessaire)

Remettez ce bulletin, accompagné du règlement, au responsable de votre section ou
envoyez-le à la M.J.C de Chaource – 10 place des arcades – 10210 CHAOURCE
(si vous payez par chèque, établissez-le à l'ordre de M.J.C. de CHAOURCE)

date de paiement

**Accueil Collectif de Mineurs
Fiche d'Inscription**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Age :

L'enfant sait il nager : OUI NON

(si oui fournir attestation d'aisance aquatique ou brevet de natation délivré par un maitre nageur ou attestation sur l'honneur document annexe)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS ADRESSE DE FACTURATION :

Adresse :

.....
.....
.....

Votre numéro allocataire : CAF ou MSA Votre Coefficient Familiale : QF.....

Désirez-vous une facture ? OUI NON

Tarification 2019			
QF	0-840	841-1100	de 1101
Tarif des 5 Jours avec repas	26.25	37.50	75
Caution	48.75	37.5	
Tarif 5 jours sans repas	20.12	28.75	57.5
Caution	37.38	28.75	
Tarif mini camps	59.5	85	170
caution	110.5	85	

INSCRIPTIONS

Semaine	Avec repas	Sans repas	Prix QF
du 8 au 12 Juillet			
Du 15 au 19 Juillet			
Du 22 au 26 Juillet			
Mini camps du 29 au 2 Aout (+ 7 ans)			
Total			



Année /

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance / / Lieu de naissance : Age :

L'enfant sait-il nager : Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Adresse :

Téléphones :

Téléphones :

Employeur :

Employeur :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

M. Mme Tél :

M. Mme Tél :

Situation familiale :

marié concubinage séparé divorcé veuf célibataire

Responsable légal : Nombre d'enfants :

Régime Social

CPAM MSA Autre :

Responsabilité civile Oui Non

Nom de l'assurance :

Caisse d'Allocation Familiale :

C.A.F de :

Numéro d'allocataire :

Bons de vacances : Oui Non

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant est autorisé à :

- aller à la piscine Oui Non
- être pris en photo ou en vidéos Oui Non (Si oui, remplir autorisation
photographie
- rentrer seul Oui Non

Si non,

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

M. Mme

Tél :

M. Mme

Tél :

M. Mme

Tél :

M. Mme

Tél :

Toute personne désignée doit être âgée de plus de 16 ans et porteuse d'une pièce d'identité

AUTORISATIONS

Je soussigné, responsable légal de l'enfant
autorise celui - ci à participer aux activités et sorties de l'accueil de loisirs de la MJC de Chaource

J'autorise à pratiquer d'urgence une intervention chirurgicale avec anesthésie générale sur mon
enfant.

Oui Non

J'autorise toute personne responsable (animateur et bénévoles) à transporter mon enfant lors de
sorties ou autres activités.

Oui Non

J'autorise mon enfant à effectuer des promenades à pieds pour une
courte durée moyennant les mesures de sécurité qui s'imposent.

Oui Non

J'accepte que mon enfant participe aux sorties exceptionnelles
organisées par l'association.

Oui Non

Fait à , le

Signature des parents :

FORMULAIRE DROIT A L'IMAGE MAJEUR



Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

Je reconnais que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

Fait à : Le :

Signature :

FORMULAIRE DROIT A L'IMAGE MINEUR

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon enfant

..... apparaît ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.



Je reconnais que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à sa vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Fait à : Le :

Signature :

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A ÈTE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

I. ENFANT NOM PRENOM
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					
Du DT coq					
Du Tétracoq					
D'une prise polio	RAPPELS				
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1 ^{er} VACCIN	DATES	DATES	VACCIN	DATES	DATES
REVACCINATION			1 ^{er} RAPPEL		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<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 <input type="checkbox"/> oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<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 <input type="checkbox"/> oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE TEL :
 DOMICILE : BUREAU :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

**MAISON DES JEUNES
 ET DE LA CULTURE**
 10, place des Arcades
 10210 CHAOURCE

ARRIVÉE LE : / /
 DÉPART LE : / /

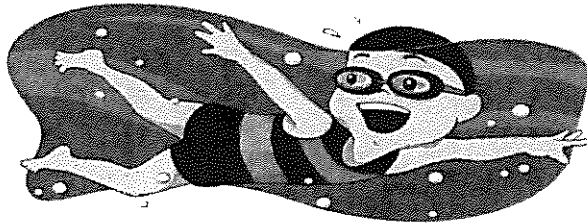
OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....



MJC de Chaource
10 Place des Arcades
10210 Chaource
03,25,40,03,62,
mjcdechaource.accueil-jeunesse-loisirs@gmx.fr



DECHARGE DE RESPONSABILITE EN L'ABSENCE DU TEST D'AISSANCE AQUATIQUE

Je soussigné(e), en l'absence
du test d'Aissance Aquatique, atteste que mon enfant

..... sait nager en autonomie totale et
décharge la MJC de Chaource organisatrice de l'activité, de toute
responsabilité en cas d'accident.

Pour faire valoir ce que de droit,

Signature du responsable légal