

RENSEIGNEMENTS

auprès des animateurs :

Céline, Mickaël et Johan

02.99.67.32.12

animation.jeunesse@antipode-mjc.com

IDENTITE DU JEUNE :

NOM et PRENOM :

Garçon Fille Date de Naissance :

Portable du jeune :

E-mail du jeune :

Le responsable légal :

NOM et PRENOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :

Tél : Domicile : Portable :

Travail :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME ET D'ABSENCE DES PARENTS :

NOM :

Lien avec le jeune (parent, ami, voisin, etc.) :

N° tél domicile :

Portable :

N° tél travail :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

N° allocataire CAF : Régime : **RG** Fonctionnaire MSA Autres

Nom du père : Employeur du père :

Nom de la mère : Employeur de la mère :

RESPONSABLE(S) DU JEUNE

- Autorise notre enfant à participer à toutes les animations et sorties organisées dans le cadre de l'accueil jeunes (Accueil informel, sorties, activités structurées et sportives).
- **M'engage à prévenir l'Antipode MJC pour tout changement de situation** (familiale, adresse, téléphone, santé de l'enfant, etc.)
- Autorise les animateurs/intervenants de l'Antipode MJC à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités afin de les publier à buts non commerciaux (articles journaux, brochures internes, films, site Internet de la structure).

NON

L'Antipode MJC décline toute responsabilité concernant **les vols et les dégradations** d'objets personnels.


De plus, nous vous informons de la nécessité de prendre une **assurance de responsabilité civile extra-scolaire** pour les risques liés aux activités de loisirs.

La responsabilité de l'Antipode MJC **est engagée pendant les heures effectives de fonctionnement**. En aucun cas l'Antipode MJC **ne saurait être engagée pour les temps de trajet et d'attente avant et après les heures programmées** concernant toutes les activités.

Il est de plus de la responsabilité des parents de s'informer si l'activité (stage, atelier, accueil, etc.) a effectivement lieu. Si, pour des raisons exceptionnelles, l'intervenant devait être absent, votre enfant serait invité à retourner chez lui.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Nom du médecin traitant :

 ___/___/___/___/___/

Vaccinations :

Merci de reporter le vaccin ci-dessous ou nous apporter le carnet de santé au moment de l'inscription pour la photocopie du vaccin.

DT POLIO OUI NON

Date du dernier vaccin : / ___/ ___/ ____/

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant l'enfant :

Votre enfant a-t-il des troubles de santé (ex : asthme, eczéma, épilepsie, etc.)

OUI NON

ALLERGIES alimentaires, médicamenteuses, autres (animaux, plantes, pollen) :

OUI NON

Si oui, à préciser et joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (merci de signaler si automédication) :

.....
Autres recommandations utiles des parents (difficultés de santé, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, etc.)
.....
.....
.....

Je soussigné(e), _____, responsable légal du jeune, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du jeune.

Date : / ___/ ___/ ____/

Signature