



Cadre réservé à Contre-Courant MJC

Groupe : Ans

Fiche de renseignements

| Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|--|--|--|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Date de naissance : | Date de naissance : |
| Lieu de naissance : | Lieu de naissance : | Lieu de naissance : |
| Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans porc | Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans Porc | Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans Porc |
| N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : | N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : | N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : |

| Responsable légal 1 |
|--|
| Nom : _____ Prénom : _____ Qualité (père, mère, tuteur, ...) : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Numéro à contacter en cas d'urgence : _____ E-mail (obligatoire) : _____ N° d'allocataire CAF (obligatoirement 6 chiffres + 1 lettre) : _____ Imposition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (merci de fournir la copie de votre avis non-imposition la plus récente) |

| Responsable légal 2 |
|--|
| Nom : _____ Prénom : _____ Qualité (père, mère, tuteur, ...) : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Numéro à contacter en cas d'urgence : _____ E-mail (obligatoire) : _____ N° d'allocataire CAF (obligatoirement 6 chiffres + 1 lettre) : _____ Imposition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (merci de fournir la copie de votre avis non-imposition la plus récente) |

| Santé (compléter et joindre la fiche sanitaire obligatoirement) |
|---|
| Nom du médecin : _____ Téléphone : _____ Adresse complète : _____ Personne et numéro à joindre en cas d'urgence : _____ |

| Régime |
|--|
| Allocataire CAF (régime général) <input type="checkbox"/> Régime spécial (MSA, autre...) <input type="checkbox"/> Sans régime <input type="checkbox"/> |
| Nom et prénom de l'allocataire : _____ |
| N° allocataire : _____ Nombre d'enfants à charge : _____ |

| |
|--|
| Documents obligatoires : <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription remplie <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire remplie <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccination <input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire Pour les enfants ayant participé au centre de loisir d'octobre et n'ayant pas de modification à signaler, il suffira de remplir la fiche d'inscription. |
|--|

| Personnes autorisées à prendre en charge mon (mes) enfant(s) | |
|--|----------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone fixe : | Téléphone portable : |
| Lien avec l'enfant : | |
| <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | |
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone fixe : | Téléphone portable : |
| Lien avec l'enfant : | |
| <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | |
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone fixe : | Téléphone portable : |
| Lien avec l'enfant : | |
| <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | |

| Assurance (joindre attestation d'assurance extra-scolaire) | |
|--|------------------------|
| L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel. | |
| <u>Nom et adresse de la compagnie :</u> | |
| <u>Téléphone :</u> | <u>N° de contrat :</u> |
| A défaut de responsabilité civile, je m'engage, dans le cas où mon (mes) enfant(s) est (sont) scolarisé(s), à produire chaque année l'attestation d'assurance. | |

| Attestation sur l'honneur et autorisations | |
|--|--|
| Je soussigné(e), _____ | |
| <u>Représentant légal du (des) enfant(s) :</u> | |
| <input type="checkbox"/> Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le secrétariat de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Autorise Contre-Courant MJC à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de l'accueil de loisirs qu'elle organise saison 2023 / 2024 (article de presse, journal de l'accueil de loisirs, site internet de Contre-Courant MJC...) | |
| <input type="checkbox"/> Autorise les responsables de l'accueil à prendre en cas d'urgence les dispositions (de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques) jugées indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche. | |

Inscriptions ALSH

Cocher les cases de votre choix

| Semaines d'accueil de loisirs | Arrivée le matin | | | Journée (9h-17h) | Départ le soir | | |
|--|------------------|---------|---------|------------------|----------------|-----------|-----------|
| | 7h30-8h | 8h-8h30 | 8h30-9h | | 17h-17h30 | 17h30-18h | 18h-18h30 |
| Semaine 1 Du 8 au 12 juillet 2024 | | | | | | | |
| Semaine 2 Du 15 au 19 juillet 2024 | | | | | | | |
| Semaine 3 Du 22 au 26 juillet 2024 | | | | | | | |
| Semaine 4 Du 29 juillet au 2 août 2024 | | | | | | | |

| |
|---|
| <p><u>Merci de cocher les cases ci-dessous :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Bon CAF (original à fournir) <input type="checkbox"/> Bon MSA (à fournir) <input type="checkbox"/> Chèques vacances <input type="checkbox"/> Comité d'entreprise (aide) <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces </p> <p>Adhérent depuis septembre 2023 : OUI NON</p> <p>Autre :</p> |
|---|

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :