



Cadre réservé à Contre-Courant MJC

Groupe : ..... Ans

**Fiche de renseignements**

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

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

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

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

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

<b>Documents obligatoires :</b> <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 <b>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.</b>
---

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.	
<input type="checkbox"/> Autorise Contre-Courant MJC de garder sous scellé la fiche sanitaire pour l'année 2024/ 2025 et la fiche de renseignement pour une durée de 3 ans.	

### 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
<b>Semaine 1</b> Du 21 au 25 octobre 2024							
<b>Semaine 2</b> Du 28 au 31 octobre 2024							

<p><b><u>Merci de cocher les cases ci-dessous :</u></b></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 : <b>OUI</b> <b>NON</b></p>
---

Fait à :

Le :

**Signature(s) obligatoire(s) :**