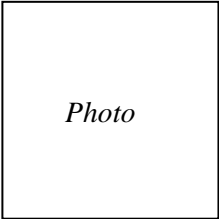




# MAISON des JEUNES et de la CULTURE du BOULOU 2017 - 2018



Photo

## ADULTE

**M.J.C / ACTIVITE(S)** au choix  Informatique  Couture  Yoga

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Date de naissance : ..... N° Sécurité Sociale : .....  
Tel domicile : ..... Tel portable : .....  
Adresse e-mail : .....  
Situation professionnelle : .....  
Problèmes de santé particuliers : .....  
Autre personne à contacter en cas d'urgence : .....  
Téléphone : .....

Fournir 2 enveloppes timbrées à votre adresse  
 Assurance responsabilité civile et individuel accident mentionnant le nom et prénom de l'inscrit  
 Atelier Yoga certificat médical de non contre-indication à la pratique du Yoga

Autorisation du droit à diffuser mon image sur tous supports de communication de la MJC  
 Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la MJC et je l'approuve.  
Date et Signature :

Réglé  Adhésion  Trimestre  Année

## ENFANT

**A.L.S.H Primaire** (cf. règlement intérieur spécifique)  **A.L.S.H Adolescent**

Nom de l'enfant : .....  
Prénom de l'enfant : .....  
Adresse de résidence : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Age au moment de l'inscription : .....  
Nom et N° de tél. du médecin traitant : .....  
Problèmes de santé particuliers : .....

### Représentant légal (1)

Nom et prénom : .....  
Adresse : .....  
Tel domicile : .....  
Tel portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Tél : .....  
Employeur : .....  
Situation matrimoniale: .....

### Représentant légal (2)

Nom et prénom : .....  
Adresse (*si différente*): .....  
Tel domicile : .....  
Tel portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Tél : .....  
Employeur : .....  
Situation matrimoniale: .....

### Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : .....

**REGLEMENT INTERIEUR (Article 29)  
de la MAISON DES JEUNES et de la CULTURE DU BOULOU  
valable également pour l'A.C.M et le P.I.J**

Le fait d'adhérer à la M.J.C de Le BOULOU implique un profond respect des règles démocratiques, statuts et règlement intérieur de l'association en vigueur.

- **Il est interdit** :
  - de **fumer** dans les locaux,
  - d'y introduire **alcools, drogues et tous produits illicites,**
  - de tenir des propos racistes ou discriminatoires,**
  - de cracher, de détériorer les murs ou le matériel prêté,**
  
- Pour pratiquer une activité, il faut s'acquitter d'abord, **d'une adhésion** dont le montant est fixé sur proposition des membres du Bureau et voté par l'Assemblée Générale :  
Pour l'année **2017/2018 Habitants de la Communauté de Communes du Vallespir :**  
**Adhésion 23 € jusqu'à 25 ans et 26 € au-delà, carte famille 50 €.**  
**Personnes extérieures : adhésion 27 € jusqu'à 25 ans et 32 € au-delà, carte famille 60 €.**  
**Vacanciers occasionnels mineurs : adhésion 18 €**  
Cette adhésion sert à la gestion de l'association, notamment à couvrir l'assurance de l'adhérent et son adhésion à la Fédération Régionale des M.J.C.
  
- Le dossier d'inscription doit **être complet** dès le 1<sup>er</sup> jour d'activité.
  
- L'adhésion est valable un an, **du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2018.**
  
- L'adhérent devra ensuite, payer une cotisation pour pratiquer une activité et ne pourra en aucun cas être remboursé ou obtenir un avoir sauf sur présentation d'un certificat médical.
  
- Merci de **signaler toute absence.**

**Pour tous les mineurs, à fournir obligatoirement accompagné de la fiche d'inscription et de la fiche sanitaire de liaison :**

- Une photocopie de la page des **vaccinations** à jour du carnet de santé de l'enfant,
- Une attestation **d'assurance responsabilité civile et individuel accident extra-scolaire mentionnant le nom et prénom de l'inscrit**,
- Votre **numéro** d'allocataire **C.A.F** ou **M.S.A** et le montant de **vos** **quotient familial** :  
n° ..... QF : .....
- La fiche sanitaire de liaison de la MJC
- 2 enveloppes timbrées à l'adresse de l'enfant
- Le PAI en cours (Projet d'Accueil Individualisé)
- Document justifiant la détention des droits de garde (lorsque la situation l'impose)

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e).....autorise mon enfant.....

A quitter la MJC avec les personnes ci-dessous : (Majeur ou plus de 14 ans)

Nom :.....Prénom :.....

Téléphone : .....

Nom :.....Prénom :.....

Téléphone : .....

**OU** (à partir de 11 ans) à rentrer seul à l'adresse indiquée :.....66160 LE BOULOU

*Merci de préciser à l'équipe pédagogique le jour où l'enfant rentre avec les personnes désignées ci-dessus munies d'une pièce d'identité ou quel jour l'enfant rentre seul.*

Commentaire :.....

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par la M.J.C et laisse l'équipe pédagogique prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé ou d'hospitalisation recommandée par les secours :

- Oui       Non

J'autorise l'équipe pédagogique de la MJC à administrer du doliprane à notre enfant, selon la réglementation en vigueur, la posologie et le poids de l'enfant en cas de fièvre supérieure à 38,5° ou en cas de douleur importante (maux de tête...). Un appel téléphonique vous en informant.

- Oui       Non

J'autorise la diffusion de la photo de mon enfant sur tous supports (site M.J.C, brochure MJC, Facebook de la MJC, article dans le journal, bulletin municipal ....) :

- Oui       Non

J'autorise les responsables de la MJC à accéder aux revenus de mon foyer via leurs accès CAFPRO :

- Oui       Non,  *dans ce cas vous devrez fournir les justificatifs nécessaires pour le calcul de votre coefficient familial sinon la MJC se réserve le droit d'appliquer le tarif maximum.*

Je reconnais avoir pris connaissance **du règlement intérieur de l'ALSH** (document annexe) et je l'approuve.

Je m'engage à signaler à la MJC toutes modifications de situation familiale, professionnelle ou de santé, dans les plus brefs délais.

**Acceptation des autorisations parentales, soins médicaux et règlement intérieur**

Date et Signature(s) précédée(s) de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Représentant légal (1)

Représentant légal (2)



N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE REcueILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 2 - VACCINATIONS

 (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	
ALLERGIES :	ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES	AUTRES
	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"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

**INDIQUEZ CLAIRÉMENT :** LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU) et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... responsable légal 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 : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES