



15, place du 8 Mai  
69250 NEUVILLE SUR SAONE

Parrainé par :



## FICHE D'INSCRIPTION CLUB 10/13 SAISON 2024 – 2025

NOM			Date de naissance		Ecole / Collège		Classe	
PRENOM								
RENTRE SEUL (cocher la case et remplir si besoin)	<input type="checkbox"/>	<b>OUI TOUJOURS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NON</b> indiquer noms, prénoms, tél des personnes autorisées à récupérer l'enfant				
	<input type="checkbox"/>	<b>OUI A PARTIR DE</b>						
Adresse								
Téléphone								
Email								

### ADULTE REFERENT 1 :

Nom			Prénom					
Adresse (si différente de celle de l'enfant)								
Tél. Domicile			Tél. Portable					
Email								
Situation familiale								
N° CAF (Neuvillois uniquement)			Quotient familial (Neuvillois uniquement)					
Profession			Employeur					
Tél. Professionnel								

### ADULTE REFERENT 2 :

Nom			Prénom					
Adresse (si différente de celle de l'enfant)								
Tél. Domicile			Tél. Portable					
Email								
Situation familiale								
N° CAF (Neuvillois uniquement)			Quotient familial (Neuvillois uniquement)					
Profession			Employeur					
Tél. Professionnel								



# AUTORISATION PARENTALE SAISON 2024 – 2025

(A remplir et à signer)



**Nom et prénom de l'enfant :** .....

- Autorise l'enfant nommé à participer aux actions proposées par Club 10/13 et la MJC.
- Autorise l'enfant nommé à partir quand il le souhaite lors des temps d'accueil libre<sup>1</sup>.
- Autorise l'animateur de l'activité et la MJC de Neuville à utiliser tout type de transport nécessaire.
- Autorise l'animateur de l'activité et la MJC de Neuville à prendre des images (photos, vidéos) de l'enfant nommé et de ses créations, dans le cadre des activités et à les utiliser pour valoriser les actions des jeunes.
- Autorise l'animateur de l'activité et la MJC de Neuville à faire soigner l'enfant nommé et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions des médecins et suivant les indications précisées sur sa « **fiche sanitaire** ».
- Atteste que l'enfant nommé est couvert et assuré (responsabilité civile et individuelle accident).**
- Je m'engage à payer les participations financières à la charge de la famille ainsi que les frais annexes, le cas échéant** (matériel, frais médicaux etc.).

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE OU A AVOIR AVEC VOUS LORS DE L'INSCRIPTION :

- Fiche sanitaire de liaison remplie (venir avec le carnet de santé).
- Le carnet de santé, volet vaccination. En cas de non vaccination de l'enfant, fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité.
- En cas d'allergie ou de problèmes médicaux spécifiques, joindre la photocopie du protocole d'accompagnement individuel (P.A.I).
- Votre dernière attestation CAF mentionnant le quotient familial. (Uniquement pour les neuvillois). Si pas de N° allocataire CAF, fournir dernier avis d'imposition.
- Moyen de paiement pour s'acquitter des frais d'inscription (inscription annuelle + coûts des sorties, stages, séjours, pass').

**Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**Fait à :** .....

**Le :** .....

**Signature :**

<sup>1</sup> Voir fonctionnement accueil libre dans Projet pédagogique, rubrique « Nos Propositions ».

NOM	PRENOM	Date de naissance	Ecole / Collège	Classe

## VACCINATIONS

**JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE OU CERTIFICAT DE VACCINATIONS DE L'ENFANT.**  
**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINATION OBLIGATOIRE A JOUR, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA VIE EN COLLECTIVITE**  
**ATTENTION ! LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI<sup>1</sup>  NON

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les horaires de l'activité :  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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<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 <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

## ALLERGIES

ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES
<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
Précisions et conduite à tenir :			

## REGIME ALIMENTAIRE

.....

## DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations...) :

Précisez les dates et les précautions à prendre

.....

.....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc..., merci de préciser :

.....

.....

**P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI<sup>2</sup>  NON Motif .....

**Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

<sup>1</sup> Si besoin, merci de préciser dans la rubrique « informations complémentaires ».

<sup>2</sup> Joindre une copie du P.A.I