

FICHE D'INSCRIPTION CLUB 10/13

SAISON 2025 – 2026

NOM		Date de naissance	Ecole / Collège	Classe
PRENOM				
RENTRE SEUL (cocher la case et remplir si besoin)	☐ OUI TOUJOURS ☐ OUI A PARTIR DE	☐ NON indiquer noms, prénoms, tél des personnes autorisées à récupérer l'enfant		
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 2025 – 2026

(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 libre¹.
- ☐ 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 :

¹ 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

☐ OUI¹ ☐ 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
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	

ALLERGIES

ASTHME	MEDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	AUTRES
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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) ☐ OUI² ☐ 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 :

¹ Si besoin, merci de préciser dans la rubrique « informations complémentaires ».

² Joindre une copie du P.A.I