

FICHE D'INSCRIPTION CLUB 10/13

SAISON 2026 – 2027

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 2026 – 2027

(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), **EN CAS DE NOTIFICATION MDPH COCHEZ CETTE CASE => ☐**
- ☒ 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 ».

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026 - 2027

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