



NOM :

PRENOM :

N° téléphone : .....

.....

Dossier suivi par :

Quotient Familial :

Adhésion 2019/2020 (jusqu'au 31 août 2020) :

Mode d'adhésion (espèces ou chèque) :

# Dossier d'inscription Enfance Jeunesse



***Vous trouverez dans ce dossier les documents nécessaires et obligatoires à l'inscription de votre enfant.***

MJC Centre Social Ti An Dud de Douarnenez  
11 boulevard Camille Réaud, 29100 DOUARNENEZ  
02.98.92.10.07

<http://www.mjc-dz.org>

[contact@mjc-dz.org](mailto:contact@mjc-dz.org)

Facebook : Jeunesse Mjc de Douarnenez

# RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES POUR L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT

Nom de l'enfant: .....

Prénom: .....

Garçon  Fille

Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse : .....

Quartier : .....

Tél du jeune : .....

École fréquentée : .....

## PARENT 1

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Profession : .....

## PARENT 2

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

E-mail : .....

Profession : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et Numéro d'allocataire CAF : .....

Nom et numéro d'assurance (responsabilité civile et individuelle) : .....

Régime :  Général et fonctionnaire  Agricole  Autres

Souhaitez-vous recevoir la lettre électronique de la MJC/Centre social:

Oui  Non

(Adresse mail obligatoire)

# FICHE SANITAIRE

## Vaccinations (\*DT Polio Obligatoire, Valable 5 ans)

Obligatoires	Dates du dernier rappel	Recommandés	Dates
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT POLIO*		BCG	
Ou Trétracoq			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## Maladies

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

## Allergies

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication le signaler). Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

## Les recommandations utiles des parents

Précisez si l'enfant porte des :

- Lentilles  Lunettes  Prothèses auditives  
 Prothèses dentaires  Autres

.....

.....

Pas de contre-indications à la pratique sportive (Merci de cocher la case)

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

# CONTRAT DE PARTICIPATION 2017/2018 A LA MJC/CENTRE SOCIAL DE DOUARNENEZ

Art 1 : Avec votre accord, votre enfant participera-t-il : (cochez les cases souhaitées)

- *Au projet jeunesse 10/17 ans (accueil, activités, stages, séjours ...)*    *Oui*  *Non*
- *A une activité régulière (théâtre, Hip Hop, guitare, cirque,...)*    *Oui*  *Non*
- *A la Ludothèque (accompagné des parents jusqu'à 12 ans)*    *Oui*  *Non*  -
- Aux Locos Rock*    *Oui*  *Non*

Art 2 : j'informe les animateurs des éventuels changements relatifs à la santé ou à la vie familiale de mon enfant (changement d'adresse...).

Art 3 : la MJC/centre social pourra refuser l'accès aux différents lieux d'accueil si toutes les formalités administratives ne sont pas à jour.

Art 4 : droit à l'image

Votre enfant peut être pris en photo dans le cadre des activités et des séjours de la MJC/centre social de Douarnenez. Pour les diffuser sur les différents supports de communication de la MJC/centre social et lors d'évènements type Assemblée Générale, nous avons besoin de votre accord.

**Autorise**            /            **n'autorise pas**

La parution et la diffusion des photos de mon enfant pour la communication de la MJC/centre social de Douarnenez.

## **Information concernant l'adhérent/e**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 , vous pouvez avoir accès aux informations vous concernant et en demander à tout moment la modification ou le retrait. Ces informations sont utilisées par la Maison des Jeunes et de la Culture de Douarnenez pour la gestion, les statistiques et le fonctionnement de l'association et de votre activité.

## AUTORISATION DE SORTIE ( secteur jeunes 10/13 ans)

Je certifie que mon enfant fréquentant les accueils est autorisé(e) à quitter:

- seul (e) et à rentrer     en bus  
 à vélo                                    à ..... heures  
 à pied
- accompagné (e) de    M .....  
à ..... heures            M.....  
    M .....  
    M.....

## Validation du dossier

**Je soussigné(e), ....., déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.**

Fait à ....., le .....

Signature du tuteur légal :

Signature du jeune :

# Cadre réservé à la MJC/centre social

## Vérification du dossier complet

- Signatures :
  - fiche sanitaire
  - dossier
  
- Date du DT Polio
  
- Droit à l'image
  
- Autorisation parentale
  
- Le test d'aisance aquatique  
*(Uniquement pour les activités nautiques)*
  
- Adhésion

Signature du responsable :