



Cadre réservé à Contre-Courant MJC

Groupe : Ans

Fiche de renseignements

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans porc	Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans Porc	Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande ou Sans Porc
N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :	N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :	N° de sécurité sociale couvrant l'enfant :

Responsable légal 1
Nom : _____ Prénom : _____ Qualité (père, mère, tuteur, ...) : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Numéro à contacter en cas d'urgence : _____ E-mail (obligatoire) : _____ N° d'allocataire CAF (obligatoirement 6 chiffres + 1 lettre) : _____ Imposition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (merci de fournir la copie de votre avis non-imposition la plus récente)

Responsable légal 2
Nom : _____ Prénom : _____ Qualité (père, mère, tuteur, ...) : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Numéro à contacter en cas d'urgence : _____ E-mail (obligatoire) : _____ N° d'allocataire CAF (obligatoirement 6 chiffres + 1 lettre) : _____ Imposition : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (merci de fournir la copie de votre avis non-imposition la plus récente)

Santé (compléter et joindre la fiche sanitaire obligatoirement)
Nom du médecin : _____ Téléphone : _____ Adresse complète : _____ Personne et numéro à joindre en cas d'urgence : _____

Régime
Allocataire CAF (régime général) <input type="checkbox"/> Régime spécial (MSA, autre...) <input type="checkbox"/> Sans régime <input type="checkbox"/>
Nom et prénom de l'allocataire : _____
N° allocataire : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Documents obligatoires : <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription remplie <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire remplie <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccination <input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire Pour les enfants ayant participé au centre de loisir d'octobre et n'ayant pas de modification à signaler, il suffira de remplir la fiche

Personnes autorisées à prendre en charge mon (mes) enfant(s)	
Nom :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Lien avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
Nom :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Lien avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
Nom :	Prénom :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :
Lien avec l'enfant :	
<input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Grands-Parents <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

Assurance (joindre attestation d'assurance extra-scolaire)	
L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.	
Nom et adresse de la compagnie : _____	
Téléphone :	N° de contrat :
A défaut de responsabilité civile, je m'engage, dans le cas où mon (mes) enfant(s) est (sont) scolarisé(s), à produire chaque année l'attestation d'assurance.	

Attestation sur l'honneur et autorisations	
Je soussigné(e), _____	
Représentant légal du (des) enfant(s) :	
<input type="checkbox"/> Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le secrétariat de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale, ...)	
<input type="checkbox"/> Autorise Contre-Courant MJC à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de l'accueil de loisirs qu'elle organise saison 2023 / 2024 (article de presse, journal de l'accueil de loisirs, site internet de Contre-Courant MJC...)	
<input type="checkbox"/> Autorise les responsables de l'accueil à prendre en cas d'urgence les dispositions (de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques) jugées indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche.	

Inscriptions ALSH

Cocher les cases de votre choix

Semaines d'accueil de loisirs	Arrivée le matin			Journée (9h-17h)	Départ le soir		
	7h30-8h	8h-8h30	8h30-9h		17h-17h30	17h30-18h	18h-18h30
Semaine 1 Du 8 au 12 juillet 2024							
Semaine 2 Du 15 au 19 juillet 2024							
Semaine 3 Du 22 au 26 juillet 2024							
Semaine 4 Du 29 juillet au 2 août 2024							

<p>Merci de cocher les cases ci-dessous :</p> <p>7 Bon CAF (original à fournir)</p> <p>7 Bon MSA (à fournir)</p> <p>7 Chèques vacances</p> <p>7 Comité d'entreprise (aide)</p> <p>7 Chèque</p> <p>7 Espèces</p> <p>Adhérent depuis septembre 2023 : OUI NON</p> <p>Autre :</p>

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :