

ARCHIPEL SUD MJC CENTRE SOCIAL

Fiche Sanitaire SECTEURS JEUNES 2026 / 2027

Cadre réservé à la MJC

Documents à fournir	<input type="checkbox"/> Carnet de santé : copie des vaccins
Adhésion payée	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Famille
Cotisation local	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Déc. <input type="checkbox"/> Janv. <input type="checkbox"/> Fév. <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juin
CLAS	<input type="checkbox"/> collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Auto-financement

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à procéder à l'inscription et suivi de votre adhésion à l'association. Elles sont destinées uniquement à Archipel sud MJC centre social.

Depuis la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et applicable depuis le 25 mai 2018 dans les pays Européens. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Archipel sud MJC Centre Social. Et j'autorise la structure à me faire parvenir des informations relatives à mon enfant

VOTRE ENFANT

NOM : **Prénom** :

Date de naissance : **Sexe** : M F

Collège fréquenté (saison 2026/2027) : **Classe** :

Nom Professeur Principal :

RESPONSABLES LEGAUX

PERE	MERE
NOM : PRENOM : ADRESSE : Tel Domicile : Tel Portable : Tel Travail : Email (en majuscule) : Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Parent Isolé Catégorie Professionnelle : <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Sans Activité	NOM : PRENOM : ADRESSE : Tel Domicile : Tel Portable : Tel Travail : Email (en majuscule) : Situation Familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Parent Isolé Catégorie Professionnelle : <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Sans Activité

AUTORISATION OU INTERDICTION A RECUPERER L'ENFANT

Autre que le responsable de l'enfant-la personne doit avoir 16 ans minimum sur présentation d'une pièce d'identité obligatoirement

NOM - Prénom	Téléphone	Lien de parenté	INTERDIT (mettre une croix) et fournir justificatif

SANTE

Maladies

Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES Alimentaire oui non | Asthme oui non | Médicamenteuses oui non

• Cause et conduite à tenir :

REGIMES ALIMENTAIRES : SANS PORC - SANS VIANDE - VEGETARIEN - AUTRES
(Ces informations sont à titre indicatif pour l'équipe d'animation. **Aucun repas de substitution ne sera fourni**).

PAI (joindre obligatoirement document médical)

NOM du médecin traitant :  :

RECOMMANDATIONS UTILES

Difficultés de santé particulières (Maladie, accident, crises convulsives...)	Recommandations et précautions
.....

L'enfant a-t-il un traitement médical ? OUI NON **SI oui** joindre une **ordonnance** récente ainsi qu'une attestation parentale autorisant la structure à donner 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.

AUTORISATION PARENTALE

J'accepte que mon enfant rentre seul après les activités, je m'engage à avertir Archipel Sud en cas contraire

J'autorise Archipel sud MJC centre social à prendre mon enfant en photo OUI NON
(Photo uniquement diffusée sur des supports propres à la structure : site internet, journaux, expositions etc...).

ENGAGEMENTS

Je m'engage à informer la MJC Archipel Sud Centre Social

- De l'absence de mon enfant au secteur jeunes, par téléphone au 04.50.45.71.35 et **ce avant 9h00 le matin du jour concerné**,
- Du nom des personnes autorisées à venir chercher mon enfant (celle-ci doivent être âgés d'un minimum de 16 ans),
- De tout changement concernant mes coordonnées téléphoniques, postales ou mail.
- De toute contre indication-médicale à une activité ou autre concernant mon enfant (accompagné d'une attestation médicale).

INFORMATIONS IMPORTANTES

Je prends note que

- Tout document d'inscription incomplet avant le premier jour d'accueil pourra entraîner un refus de prise en charge de l'enfant au secteur jeunes jusqu'à sa régularisation.
- Tout objet de valeur ou bien personnel apportés par l'enfant sont **sous la responsabilité des parents**, la MJC Archipel Sud décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Fait à Annecy le :

SIGNATURE précédée de la mention « **lu et approuvé** »