

Documents à fournir Carnet de santé : copie des vaccins Quotient familial CAF et dernier avis d'imposition

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. J'autorise la structure à me faire parvenir des informations par mail relatif à mon enfant.

VOTRE ENFANT

NOM : **Prénom** :

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

Classe à la rentrée de septembre 2026 :

Ecole Fréquentée à la rentrée de septembre 2026 :

Porteur de handicap : non oui

FAMILLE

PARENT 1	PARENT 2
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
Tel Domicile :	Tel Domicile :
Tel Portable :	Tel Portable :
Tel Travail :	Tel Travail :
Email (en majuscule) :	Email (en majuscule) :
Situation Familiale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Parent Isolé Parent séparé : semaine de garde <input type="checkbox"/> paire <input type="checkbox"/> Impaire	Situation Familiale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Parent Isolé Parent séparé : semaine de garde <input type="checkbox"/> paire <input type="checkbox"/> Impaire
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	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	Activité

SITUATION FINANCIERE DE LA FAMILLE

N° allocataire Caf : **Quotient Caf** :

Nbre Enfants à charge : **Revenu Fiscal de Référence** :

**AUTORISATION OU INTERDICTION A RECUPERER L'ENFANT
 autre que le responsable de l'enfant - la personne doit avoir 15 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 VIANDE - VEGETARIEN (pas de poisson) - AUTRES.....

Pour information il n'y a **jamais de viande de porc** dans les menus servis à vos enfants
(Ces informations sont à titre indicatif pour l'équipe d'animation. **Aucun**
repas de substitution ne sera apporté par les parents ou fourni par l'équipe
d'encadrement).

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.

ENGAGEMENTS

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

- Du nom des personnes autorisées à venir chercher mon enfant (celle-ci doivent être âgés d'un minimum de 15 ans),
- De tout changement concernant mes coordonnées téléphoniques ou postales,
- 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 entrainer un refus de prise en charge de l'enfant au centre de loisirs jusqu'à sa régularisation,
- Tout objet de valeur ou bien personnel apportés par l'enfant sont sous la responsabilité des parents, Archipel Sud MJC centre social décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol,
- J'accepte le règlement intérieur du centre de loisirs (disponible auprès du directeur du centre de loisirs).

AUTORISATION PARENTALE

Les 2 parents autorisent Archipel sud MJC centre social à prendre leur enfant en photo OUI NON
(La photo sera uniquement diffusée sur des supports propres à la structure : site internet, journaux, expositions etc...).

Fait à Annecy le :

Signature obligatoire des deux parents
Précédée de la mention « **lu et approuvé** »