

INSCRIPTION ALSH MJC ST MARCEL LES VALENCE

GROUPE 4-6

GROUPE 6-12

NOM PRENOM DE L'ENFANT		Date de naissance		Fille Garçon
---------------------------	--	-------------------	--	-----------------

REGIME ALIMENTAIRE

RAS

SANS VIANDE

SANS PORC

PAI

ALLERGIES ET INFORMATIONS MEDICALES

ASTHME	ALLERGIE ALIMENTAIRE	ALLERGIE MEDICAMENT	AUTRE ALLERGIE
Autres Informations médicales (joindre ordonnance si traitement à prendre)			
VACCINATIONS (joindre copie carnet de santé)		A JOUR	COPIE OK

DROIT A L'IMAGE

L'image de mon enfant peut être utilisée (photos et vidéos) :

	OUI	NON
Dans le cadre des activités du centre seulement		
Dans la presse		
Sur le site de la MJC		
Sur la page facebook de l'accueil de loisirs		

FAMILLE

CAF ou MSA N° ALLOCATAIRE QUOTIENT FAMILIAL.....

PERE	MERE
Adresse	Adresse
Tel fixe	Tel fixe
Tel Portable	Tel Portable
Tel professionnel	Tel professionnel
mail	mail

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM PRENOM	TEL :	Lien avec l'enfant
------------	-------	--------------------

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM PRENOM	TEL :	Lien avec l'enfant
NOM PRENOM	TEL :	Lien avec l'enfant
NOM PRENOM	TEL :	Lien avec l'enfant

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En outre, j'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par la MJC de Saint Marcel les Valence. Les transports sont assurés par une société de transport ou directement par le minibus de la MJC.

DATE :

SIGNATURE