

FICHE RENSEIGNEMENTS 2021

ENFANT

NOM PRENOM DE L'ENFANT		Date de naissance		Fille <input type="checkbox"/>
Garçon <input type="checkbox"/>				
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)				
A JOUR		COPIE OK		
DROIT A L'IMAGE				
L'image de mon enfant peut être utilisée par la MJC pour un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement (activités, article presse locale, site ou plaquette MJC)				
OUI			NON	

FAMILLE

CAF ou MSA	N° ALLOCATAIRE	QUOTIENT FAMILIAL.....
PERE	MERE	
Adresse.....	Adresse.....	
CP + Ville	CP + Ville.....	
Tel fixe.....	Tel fixe.....	
Tel Portable.....	Tel Portable.....	
Tel professionnel	Tel professionnel.....	
mail.....	mail.....	
Profession :.....	Profession :	

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

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(e),, responsable légal(e) 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.

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur en vigueur de la structure.

(MAJ pour les 4/10 ans validée par le Conseil d'Administration le 16/12/2020).

DATE :

SIGNATURE