



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	Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande	Régime alimentaire : (à entourer) Classique ou Sans Viande
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
Nom et prénom de l'allocataire :		
N° allocataire :	Nombre d'enfants à charge :	
Situation familiale :		

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 26 Février au 1 Mars 2024							
Semaine 2 Du 4 Mars au 8 Mars 2024							

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

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