

Fiche d'inscription au foyer jeune de la MJC de Lamballe - année 2023-2024

Le foyer-club geek est ouvert le **mercredi** et le **samedi** de **14h à 18h**.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... Adresse

..... Sexe : M • F •

Classe : Établissement scolaire :

Téléphone (jeune) :

Courriel (en lettre détachées) :

RESPONSABLES LÉGAUX / CONTACTS

	Père (ou tuteur)	Mère (ou tutrice)
NOM et prénom		
Adresse		
N° de téléphone domicile		
N° de téléphone portable		
Courriel		

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) M./Mme..... responsable légal du jeune.....
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche de renseignement et :

Autorise mon enfant à quitter le foyer jeunes de la MJC lorsqu'il le souhaite, le mercredi et/ou le samedi .	Oui • Non•
Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par la MJC de Lamballe.	Oui • Non•
Autorise la MJC de Lamballe à transporter mon enfant lors des activités programmées ou organisées spontanément.	Oui • Non•
Autorise la prise de photographies, de son, de prise de vue (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités du foyer. Ainsi que la diffusion et la publication des photographies et des vidéos sur tout support de communication et d'information (édition de documents de natures pédagogique : journaux internes, externes, brochures ; affichage ou projection en public ; sur le site internet de la MJC et ses réseaux sociaux)	Oui • Non•
Ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents et si vous le souhaitez (c'est-à-dire si vous avez coché la case l'acceptant), recevoir notre newsletter ; en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers.	Oui • Non.
La MJC propose plusieurs groupes de travail pour impliquer les adhérents dans l'organisation et la vie de notre association. Si vous êtes intéressé(e) par l'idée de participer à ces groupes et de contribuer activement à la MJC. • Je souhaite être contacté(e) pour participer aux groupes de travail et m'impliquer dans l'organisation de la MJC. <i>Groupe de travail : Communication, événementiel, Logistique, Financement.</i>	Oui • Non.

TARIFS FOYER

Tranches	Quotient familial CAF/MSA	Tarifs
1	QF < 800	10 € (adh) + 8 € (cotis) = 18 €
2	801 < QF < 1050	10 € (adh) + 12 € (cotis) = 22 €
3	1051 < QF < 1300	10 € (adh) + 16 € (cotis) = 26 €
4	1301 < QF	10 € (adh) + 20 € (cotis) = 30 €

Fait à, le/...../..... Signature :



10 rue des augustins - 22400 Lamballe- 02.96.31.96.37 - mjcdelamballe@gmail.com

Fiche sanitaire de liaison 2023-2024

Nom : Prénom : N° de sécurité sociale :

Cette fiche permet de recueillir des informations qui pourront être utiles pendant les sorties, les activités

VACCINATIONS (recopier les données figurant sur le carnet de santé ou les certificats de vaccination)

OBLIGATOIRE*			Date des derniers rappels	RECOMMANDÉES			Date des derniers rappels
	Oui	Non			Oui	Non	
Diphtérie				Hépatite B			
Anti-tétanique				Rubéole-Oreillons			
Poliomyélite				Rougeole			
OU DT Polio				Coqueluche			
OU Tétracog				BCG			

* Si le jeune n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication sauf pour le vaccin anti-tétanique qui est obligatoire dans tous les cas.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non	MALADIES	Oui	Non
Rubéole			Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		
Varicelle			Otite			Oreillons		
Angine			Rougeole			Scarlatine		

AFFECTIONS CHRONIQUES

ALLERGIES / MALADIES	Oui	Non	Préciser la cause de l'affection et la conduite à tenir (interventions, soins, prise de médicaments)
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Asthme			
Diabète			
Epilepsie			

TRAITEMENT MÉDICAL (Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance)

Préciser si votre enfant est concerné par un traitement Oui · Non ·

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom du jeune.

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER OU ALLERGIE ALIMENTAIRE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

HANDICAP(S) Indiquez uniquement les informations qui nécessitent une prise en charge particulière ou une adaptations d'accueil

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des problèmes dentaires,...

Je soussigné(e) M./Mme, responsable légal(e) du jeune.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce jeune.

Fait à,

Signature :