Maison des Jeunes et de la Culture – CREA
10 bd Sadi Carnot 12100 MILLAU
Tél. 05.65.60.08.00 – 07.87.45.90.41
contactmjc-crea@orange.fr - **www.mjcmillau.fr**

Dossier complet rendu le :
.....
Vérifié par :
.....

ACCEM - Formule ALSH - 8/12 ans

Saison .....

À remplir par le responsable légal → *Merci de remplir en majuscules*

ENFANT	Nom		
	Prénom		
	École		
	Date de naissance		
PARENTS	Responsable légal		
	Téléphone	Mère :	Père :
	Courriel		
	Adresse postale		
	N° sécurité sociale		

Cadre réservé à l'administration *DOSSIER COMPLET ET OBLIGATOIRE AVANT INSCRIPTION*

Pièces à fournir :

- ☐ Carte MJC (prise lors de l'inscription) - N°:
- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Autorisation parentale
- ☐ Autorisation de droit à l'image ❒ Oui ❒ Non
- ☐ Photocopie des vaccins
- ☐ Fiche besoin(s) spécifique(s)
- ☐ Attestation PASS CAF (année) ..... → €
- ☐ Attestation PASS MSA (année) ..... → 4 €

Autorisation de partir seul(e) **OUI** ☐ **NON** ☐

ATTENTION :

- **Inscrivez vos enfants avant le mercredi soir de la semaine précédente**
- **Une annulation doit être justifiée par un certificat médical et entraine un report sur l'année scolaire en cours**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

Numéro de sécurité sociale : .....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ◯ FILLE ◯

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : MJC MILLAU

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	◯	◯		Hépatite B	
Tétanos	◯	◯		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	◯	◯		Coqueluche	
Ou DT polio	◯	◯		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	◯	◯			
BCG	◯	◯			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ◯ non ◯

Si oui joindre une **ordonnance** récente et 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	OUI ◯ NON ◯	

ALLERGIES : ASTHME oui ◯ non ◯ MÉDICAMENTEUSES oui ◯ non ◯

ALIMENTAIRES oui ◯ non ◯ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000

Maison des Jeunes et de la Culture – CREA
10 bd Sadi Carnot 12100 MILLAU
Tél. 05.65.60.08.00 – 07.87.45.90.41
*contactmjc-crea@orange.fr - **www.mjcmillau.fr***

MILLAU, le .....…

Attestation d'Autorisation Parentale
Formules ACCEM Enfance / Jeunesse

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

Demeurant à l'adresse suivante : .....

.....

N° de téléphone du domicile :..... Portable :..... .....

(Obligatoire) Travail : .....

E-mail : ..... @ .....

(Afin de mieux vous informer sur les formules proposées pendant les vacances)

Agissant en qualité de : (*entourer*) Père Mère Tuteur légal

De l'enfant Nom : ..... Prénom : .....

Je reconnais avoir pris connaissance du programme d'activités de la formule ACCEM enfance ou jeunesse disponible à l'accueil de la MJC - CREA et en ce sens :

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**
Mon enfant à participer aux diverses animations, activités sportives et autres sorties organisées dans le cadre de l'ACCEM.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**
Mon enfant à utiliser les moyens de transports mobilisés par la MJC, dans le cadre des différentes activités et autres sorties organisées par l'ACCEM.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**
L'équipe d'encadrement voire les médias à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités développées par la MJC.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**
Mon enfant à regagner son domicile par ses propres moyens après la fin de l'activité.

☐ **J'autorise**
La ou les personnes désignées ci-dessous à venir récupérer mon enfant après la fin de l'activité, sous réserve que l'animateur (trice) soit prévenu(e) au moment de leur départ.

Nom : ..... Nom : .....
Prénom : ..... Prénom : .....
N° téléphone : ..... N° téléphone : .....

Signature :
(Précédée de la mention lu et approuvé)

Attention, aucune inscription à l'ACCEM ne pourra être prise en compte sans remise de la fiche sanitaire de liaison et l'autorisation parentale dûment remplies et signées (se référer au carnet de santé pour joindre les certificats de vaccinations de l'enfant).

Maison des Jeunes et de la Culture – CREA
10 bd Sadi Carnot 12100 MILLAU
Tél. 05.65.60.08.00 – 07.87.45.90.41
contactmjc-crea@orange.fr - ***www.mjcmillau.fr***

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION
(Pour mineurs)

Dans le cadre des diverses activités de l'ACCEM votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo/filmé et sa photo publiée dans le cadre décrit ci-dessous.

Je soussigné(e), M. Mme ..... parent(s) ou responsable légal

du mineur ..... demeurant au .....

autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux par tout autre réseau et système numérique de transmission et/ou de télécommunication (vidéo en ligne et VOD, radio, internet) les réseaux sociaux (Facebook, Instagram…) pour une diffusion vidéographique ou DVD ou à des fins de communication (édition, brochure, salon…).

Je garantis le producteur contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à faire valoir sur la présente autorisation de diffusion pendant la durée d'exploitation du film.

Le responsable légal
Date et signature :

Plan Action Handicap 12

FICHE DE CONNAISSANCE

Cette fiche nous permettra de mieux connaitre votre enfant à travers sa personnalité et ses besoins particuliers et de mieux prendre en compte vos attentes.

Photo de l'enfant (facultatif)

Fiche mise à jour le :

Prénom : **NOM:**

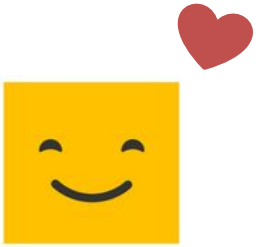
Né le :

Structure d'accueil souhaitée :

Mon identité *Qui je suis ?* 	Nom : Prénom : Âge : Adresse : Mes frères et sœurs : Mes parents : Numéro(s) de téléphone : Mail :
Souhaits et attentes de mes parents 	**Période d'accueil souhaitée:** **Rythme d'accueil :** - Régulier : - Occasionnel : **Souhaits pour son enfant** : **Attentes particulières des parents** (socialisation, échanges…) :
Ma différence *Ce que j'ai envie de dire sur moi* 	

J'aime

Ce qui me plait, m'intéresse et m'apaise



Je n'aime pas

Ce qui est plus difficile pour moi

Vie quotidienne

Les gestes de tous les jours

Les repas

Aller aux toilettes

Dormir, me reposer

Moi et les autres *Ma relation avec mes copains, copines et les adultes* 	
La communication *Comment je communique ?* 	*(Langage, babillage, regard, gestes, autre communication)*
Mes émotions *Comment j'exprime mes émotions ?* *Qu'est-ce qui les provoque ?* *Comment je les gère ?* Joie Colère Peur Tristesse …	
Les déplacements *Comment je me déplace ?* 	
Les activités *Comment m'aider dans les activités ?* 	

Les petits TRUCS

Les petites choses qui peuvent m'aider

L'EMPLOI DU TEMPS de ma semaine

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

VIGILANCE- SECURITE- SANTE

Ce qu'il faut savoir sur ma santé et comment me protéger

Des questions ou d'autres informations à transmettre ?