



MAISON POUR TOUS  
ÉVIAN-LES-BAINS

# DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

## ANNÉE 2022 / 2023

ACCUEILS PERISCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS

### ESPACES MJC EVIAN - MAISON POUR TOUS

Villa Dollfus, 4 avenue Anna de Noailles - 74500 EVIAN

☎ 04 50 75 19 69

✉ [info@mjcevian.com](mailto:info@mjcevian.com)

🌐 [www.mjcevian.com](http://www.mjcevian.com)

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_

MATERNELLE :  Petite Section  Moyenne Section  Grande Section

ELEMENTAIRE :  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

NOM DE L'ENSEIGNANT : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

L'enfant vit chez :  Ses parents  Responsable 1  Responsable légal 2  Garde alternée

Responsable légal 1 (gestion du quotidien)	Responsable légal 2
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____	Date de naissance : ____/____/____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Profession : _____	Profession : _____
Nom et adresse de l'employeur : _____ _____	Nom et adresse de l'employeur : _____ _____
Tél. portable : _____	Tél. portable : _____
Tél. travail : _____	Tél. travail : _____
Tél. domicile : _____	Tél. domicile : _____
Mail : _____	Mail : _____

## AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties des Espaces MJC Evian.  Oui  Non

J'autorise mon enfant à utiliser les transports motorisés organisés par les Espaces MJC Evian pour se rendre au point d'accueil et sur les lieux d'activités.  Oui  Non

J'autorise mon enfant à parti seul dès la fin de l'accueil et dégage toute responsabilité des Espaces MJC Evian.  Oui  Non

- Je n'autorise pas les Espaces MJC Evian à utiliser les photos ou vidéos de mon enfant lors d'actions de communication, d'exposition, sans contrepartie pour l'ayant-droit.
- Je n'autorise pas l'utilisation de mes coordonnées afin d'être recontacté.e dans le cadre de mon adhésion à l'association et d'animations liées aux activités de la MJC.

## AUTORISATION DE DEPART AVEC PERSONNES HABILITEES

NOM Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Une pièce d'identité valide sera demandée au départ de l'enfant afin de vérifier l'identité de la personne référente venant le récupérer.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable legal.e de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des Espaces MJC Evian et en approuve les modalités d'inscription, de fonctionnement et de paiement. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

# FICHE SANITAIRE

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : F  M

## VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATE DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Poliomyélite		Hépatite B	
<b>Ou</b> DTP		Pneumocoque	
<b>Ou</b> Tétra coq		Méningocoque	
Rubéole-Oreillons-Rougeole		BCG (recommandé)	

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ?  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 délivré par l'équipe MJC sans ordonnance médicale.**

### ➤ ALLERGIES

MEDICAMENTEUSE  Oui  Non

ALIMENTAIRE  Oui  Non

AUTRE \_\_\_\_\_

### ➤ DIFFICULTES DE SANTE

Le mineur présente t-il des problèmes de santé ?  Oui  Non

(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

Si oui, préciser les signes évocateurs et les précautions à prendre :

---

---

---

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en cours:  Oui  Non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

Si oui, préciser les précautions à prendre :

---

---

➤ **REGIME ALIMENTAIRE**

SANS REGIME

SANS PORC

SANS VIANDE

**RECOMMANDATION DES PARENTS**

LUNETTES

Oui

Non

PROTHESES AUDITIVES

Oui

Non

PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE

Oui

Non

AUTRES RECOMMANDATIONS ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

---

---

---

---

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé l'enfant.*

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »

**DOCUMENTS À FOURNIR**

- Dossier de renseignement et fiche sanitaire remplis et signés
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance « responsabilité civile » de l'enfant
- Attestation de quotient familial de la CAF
- Bons vacances CAF (le cas échéant)
- Formulaire de sortie de territoire + copie de CNI enfant et responsable légal

**SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SONT ACCEPTES**