

Attestation QF Carnet de santé Fiche enregistrée le :/...../.....

ENFANT

Nom :		Date de naissance :	
Prénom :		Genre : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Adresse :			
CP :	Ville :		Quartier :
Tél. portable :		Mail :	

PARENTS (ou représentants légaux)

Nom du père :		Nom de la mère :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
.....		
CP :	Ville :	CP :	Ville :
Date de naissance :		Date de naissance :	
Tél. portable :		Tél. portable :	
Tél. fixe :		Tél. fixe :	
Tél. pro :		Tél. pro :	
Mail :		Mail :	
N° allocataire CAF :		Quotient familial :	

Il m'appartient de m'assurer que mon enfant est effectivement à la MJC. Je prends acte que la MJC n'est pas responsable de la perte ou des vols des objets de valeurs de mon enfant.

Je soussigné(e) (Nom)..... (Prénom)..... certifie l'exactitude des informations ci-dessus et atteste également avoir pris connaissance du fonctionnement, autorise mon enfant (Nom)..... (Prénom)..... à participer aux activités de la MJC Théâtre Prémol.

J'accepte de recevoir des informations liés aux activités de la MJC Théâtre Prémol par mail ou SMS.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
J'autorise la MJC Théâtre Prémol à prendre, à afficher et à diffuser des photographies de mon enfant dans le cadre de la promotion de ses activités.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Fait à Grenoble le :

Signature (père, mère ou représentant légal) :

...../...../.....

INSCRIPTIONS (à compléter par le secrétariat)

Adhésion payée le :		<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> CB	<input type="checkbox"/> Autre
Activité	Montant annuel	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	
.....€€€€€
.....€€€€€
.....€€€€€

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SAISON
2023-2024

ENFANT

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	<input type="checkbox"/> Carnet de santé
Numéro de sécurité sociale :	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU-C

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires		Date du dernier rappel	Vaccins recommandés		Date du dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Autre : .....		.....

VOTRE ENFANT A-T-IL EU ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Veillez nous préciser si l'enfant a :

Allergies :

Conduite à tenir en cas de crise :

Veillez indiquer les difficultés de santé rencontrées par votre enfant, et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) (Nom)..... (Prénom)..... responsable de l'enfant (Nom)..... (Prénom)..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la MJC théâtre Prémol.

Fait à Grenoble le :

...../...../.....

Signature (père, mère ou représentant légal) :