



## Fiche Inscription FAMILLE

indispensable pour tous les adhérents jusqu'à 16 ans

**RESPONSABLE LEGAL** / Titulaire du dossier\*

MÈRE  PÈRE  AUTRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL Portable\* : \_\_\_\_\_

Adresse mail\* : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL 2**

MÈRE  PÈRE  AUTRE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL Portable\* : \_\_\_\_\_

Adresse mail\* : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

\* le titulaire du dossier famille sera destinataire des documents et factures concernant l'enfant

**SITUATION FAMILIALE**Marié(e)  Concubin(e)  Célibataire  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e) 

acceptez-vous de recevoir vos reçus / factures ou attestations de paiement par mail ? OUI NON

acceptez-vous de recevoir les lettres d'informations de la MJC Pichon ? OUI NON

**Membres de la famille pratiquant une activité**

NOM - Prénom	Date de naissance	ACTIVITE(S) + HORAIRE(S)	COTISATION(S)

**MODE DE PAIEMENT** Carte bancaire Espèces Chèque en 1 fois / en 3 fois\*\*

\*\*encaissement à l'inscription/janvier/avril). Les trois chèques doivent être remis au moment de l'inscription et datés du jour de l'inscription.

 Prélèvement bancaire à partir de 300€

Jusqu'au 30/11 maxi 6 fois / A partir du 01/12 maxi 4 fois

autorisation de prélèvement disponible à l'accueil et RIB à fournir avant le 10 du mois.

**Adhésion individuelle + 8 €**

valable jusqu'au 31 août 2022

Si vous êtes déjà adhérent d'une des MJC de NANCY pour la saison 2021/2022, merci de préciser laquelle:

.....

 Chèques vacances / coupons sports / Pass loisirs CAF Paiement en différé (prise en charge CE...)**L'inscription ne sera prise en compte qu'en fonction des places disponibles et accompagnée du règlement.**

Les informations personnelles que vous nous communiquez par l'envoi d'un courrier électronique, par connexion à un service en ligne, par renseignement d'un formulaire ou par tout autre moyen sont strictement confidentielles et destinées au traitement de vos demandes par la MJC Pichon.

Elles ne sont transmises à aucun tiers ni à titre onéreux ni à titre gratuit. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en adressant un mail à direction@mjc-pichon.com ou par courrier à MJC Pichon - 7 boulevard recteur Senn - 54000 NANCY



Toutes les rubriques doivent être impérativement remplies

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFAN

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :
NATIONALITÉ : GARÇON O FILLE O
NOMBRE DE FRÈRE(S) ET SŒUR(S) : Taille : cm / Poids : kg
ÉCOLE FREQUENTÉE : CLASSE FREQUENTEE 2021-2022 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal : Père- Mère- Tuteur
2ème Responsable légal : Père- Mère- Tuteur
NOM : PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :
Email :
EMPLOYEUR :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° Allocataire : CAF Quotient Familial \*
AIDES AUX TEMPS LIBRES C.A.F.\* OUI NON Année :
Sécurité Sociale de : N°de sécurité sociale couvrant l'enfant :
Mutuelle : Numéro Mutualiste :
Assurance familiale couvrant l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (destinés aux professionnels de santé)

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

Table with 5 columns: Vaccin, OUI, NON, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, 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

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? Oui O Non O
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 SCARLATINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
COQUELUCHÉ OTITE ROUGEOLE OREILLONS COVID

REGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC SANS VIANDE

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS : (Allergie alimentaire, régime particulier, lunettes, lentilles, autre)

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés au cours du séjour et à m'acquitter du solde du séjour au plus tard le jour du début de l'accueil. Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription aux activités de la MJC, ainsi que le règlement de l'Accueil de Loisirs qui m'a été remis.

Fait à Nancy, le Signature des Parents :