Maison des Jeunes et de la Culture MJC Pichon

Saison 2023/2024

Fiche Inscription FAMILLE

indispensable pour tous les adhérents jusqu'à 16 ans

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
Titulaire du dossier* (lieu de vie de l'enfant) □ MÈRE □ PÈRE □ AUTRE	□ MÈRE □ PÈRE □ AUTRE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
CP _____ VILLE : _____	CP _____ VILLE : _____
TEL Portable* : _____	TEL Portable* : _____
Adresse mail* : _____	Adresse mail* : _____
acceptez-vous de recevoir vos reçus / factures ou attestations de paiement par mail ? OUI NON	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	acceptez-vous de recevoir les lettres d'informations de la MJC Pichon ? OUI NON

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

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) □ Concubin(e) □ Pacsé(e) □ Célibataire □ Veuf(ve) □ Séparé(e) □ Divorcé(e) □

Membre(s) de la famille pratiquant une activité à la MJC Pichon

NOM Prénom adhérent	Date de naissance	Certificat médical / Questionnaire santé	Droit à l'image*	ACTIVITE(S) + SEANCE(S)	COTISATION
		CM □ QS □	OUI - NON		
		CM □ QS □	OUI - NON		
		CM □ QS □	OUI - NON		
		CM □ QS □	OUI - NON		
		CM □ QS □	OUI - NON		
			Adhésion individuelle*.....x 9 €		

MODE DE PAIEMENT	MONTANT
☐ *Carte bancaire*	.....
☐ *Espèces*	.....
☐ *Chèque en 1 fois / en 3 fois***	.....
**encaissement à l'inscription / janvier 2023 /avril 2024. Les trois chèques doivent être remis au moment de l'inscription et datés du jour de l'inscription.	
☐ *Chèques vacances /Pass sports /Pass loisirs CAF*	.....
☐ *Paiement en différé (prise en charge CE...)*	.....
☐ *Prélèvement bancaire à partir de 300 €*	.....
Jusqu'au 30/11 maxi 6 fois / A partir du 01/12 maxi 4 fois	
Autorisation de prélevement disponible à l'accueil et RIB à fournir avant le 10 du mois. **Les prélevements seront effectués entre le 10 et 15 du mois.**	

Montant total à régler	
Adhésion valable jusqu'au 31 août 2024 **Si vous êtes déjà adhérent d'une des MJC de NANCY pour la saison 2023/2024, merci de préciser laquelle:**	
MJC NANCY :	
Date :	
Signature :	
Réglé le :	
RECU N°	

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 connection 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 secretariat@mjcpichon.com ou par courrier à MJC Pichon - 7 boulevard recteur Senn - 54000 NANCY

***Droit à l'image :**J'autorise le responsable de la MJC à utiliserles éventuelles photographies prises lors de la pratique de l'activité de moi-même ou de mon enfant , l'usage de ses photographies étant strictement réservé à la communication de la MJC (plaquette, site internet, presse locale...).Je renonce expressement à demander toute rémunération en contrepartie de l'exploitation de ces photographies par la MJC. Cette autorisation est incessible et valable pour une durée de 5 ans.Elle pourra être révoquée à tout moment.

FICHE SANITAIRE SAISON 2023-2024

Toutes les rubriques doivent être impérativement remplies

MJC PICHON
7 bld Recteur Senn
54000, Nancy
Tél : 03.83.37.62.91

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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 2023-2024 : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(s) RESPONSABLE (s) LEGAL (aux)

Responsable légal : Père- Mère- Tuteur

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

Email : .....

EMPLOYEUR : .....

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 : ..... **** fournir les justificatifs***

Sécurité Sociale de : ..... N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

Mutuelle : ..... Numéro Mutualiste : .....

Assurance familiale couvrant l'enfant : .....

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

	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (destinés aux professionnels de santé)

L'ENFANT SUIT-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 AIGÜ ❑
COQUELUCHE ❑ OTITE ❑ ROUGEOLE ❑ OREILLONS ❑ COVID ❑

REGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC ❑ SANS VIANDE ❑ PAI ❑

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 séjours et a 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 :**