

# FICHE D'INSCRIPTION ALSH - été 2026

A remplir complètement même si l'enfant est déjà adhérent  
Inscription : 3 jours consécutifs minimum/semaine

Ne rien inscrire dans ce cadre

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ déjà adhérent non  oui

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie de l'AEEH ? oui  non

Responsable légal 1 NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ professionnel \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Adresse Mail \_\_\_\_\_

Responsable légal 2 NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ portable \_\_\_\_\_ professionnel \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Adresse Mail \_\_\_\_\_

N° allocataire \_\_\_\_\_ quotient familial \_\_\_\_\_

Inscriptions aux jours suivants :

cochez les dates souhaitées

lun 6 Juil	lun 13 Juil	lun 20 Juil	lun 27 Juil	lun 24 Aoû
mar 7 Juil	mar 14 Juil	mar 21 Juil	mar 28 Juil	mar 25 Aoû
mer 8 Juil	mer 15 Juil	mer 22 Juil	mer 29 Juil	mer 26 Aoû
jeu 9 Juil	jeu 16 Juil	jeu 23 Juil	jeu 30 Juil	jeu 27 Aoû
ven 10 Juil	ven 17 Juil	ven 24 Juil	ven 31 Juil	ven 28 Aoû

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme, M \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur légal

autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer aux activités du centre de loisirs de la MJC

J'autorise les responsables de la MJC à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident et à faire pratiquer les

soins médicaux selon les directives des médecins consultés oui  non

Indiquez les difficultés de santé (allergies, opérations, maladies...)

J'autorise mon enfant à rejoindre seul son domicile oui  non

Spécifier les personnes habilitées pour l'accompagner Resp. 1  Resp.2  Autre

J'autorise la MJC à faire voyager mon enfant par tous moyens de transport oui  non

J'autorise la MJC à utiliser les photos de mon enfant ou de moi-même prises dans le cadre des activités

pour illustration de ses programmes d'activités (journal, site, internet...) oui  non

Régime alimentaire à préciser: sans viande  sans porc  classique

Autre préciser :

La famille a pris connaissance du règlement intérieur

La cotisation sera remboursée uniquement en cas de maladie, sur présentation d'un justificatif. Les jours d'inscriptions ne peuvent pas être modifiés.

Le tarif à la semaine se règle au moment de l'inscription

Fait à Lyon, le :

signature :

Age:

Adhésion 8 euros  ,00

### Tranches de cotisation

quotient familial	tranche	
QF < 300	A	<input type="checkbox"/>
< QF < 400	B	<input type="checkbox"/>
< QF < 500	C	<input type="checkbox"/>
< QF < 650	D	<input type="checkbox"/>
< QF < 800	E	<input type="checkbox"/>
< QF < 1000	F	<input type="checkbox"/>
< QF < 1500	G	<input type="checkbox"/>
< QF <	H	<input type="checkbox"/>

### Cotisation à la journée

Nb jours	
6 euros	<input type="text"/>
9,2 euros	<input type="text"/>
11,8 euros	<input type="text"/>
14,5 euros	<input type="text"/>
17,6 euros	<input type="text"/>
21,2 euros	<input type="text"/>
24 euros	<input type="text"/>
27,6 euros	<input type="text"/>

A REGLER

### Tranches de cotisation

quotient familial	tranche	
QF < 300	A	<input type="checkbox"/>
< QF < 400	B	<input type="checkbox"/>
< QF < 500	C	<input type="checkbox"/>
< QF < 650	D	<input type="checkbox"/>
< QF < 800	E	<input type="checkbox"/>
< QF < 1000	F	<input type="checkbox"/>
< QF < 1500	G	<input type="checkbox"/>
< QF <	H	<input type="checkbox"/>

### Cotisation à la semaine 5jrs

Nb semaine	
27,4 euros	<input type="text"/>
41,5 euros	<input type="text"/>
52,9 euros	<input type="text"/>
64,9 euros	<input type="text"/>
79,7 euros	<input type="text"/>
95,6 euros	<input type="text"/>
108 euros	<input type="text"/>
124,4 euros	<input type="text"/>

A REGLER

TOTAL A REGLER

### Règlements

	espèce	
	CB	<input type="text"/>
1er paiement	chq. vac.	<input type="text"/>
2ème paiement	chèque	<input type="text"/>
3ème paiement	chèque	<input type="text"/>
Autres : Fonds social MJC <input type="text"/>		
M.D.R. <input type="text"/>		
Autre : <input type="text"/>		

## Fiche Sanitaire 2025-2026

- **Nom et prénom de l'enfant :** .....
- **Date de naissance :** .....
- **Adresse :** .....
- **Téléphone des parents/tuteurs :** .....

### Antécédents médicaux :

- **Allergies :** [Préciser toutes les allergies, y compris les médicaments, les aliments et les piqûres d'insectes.]  
.....  
.....
- **Maladies chroniques :** [Asthme, diabète, etc.]  
.....
- **Traitements en cours :** [Médicaments, traitements spécifiques, **antécédent à signaler**]  
.....  
.....
- **Allergies médicamenteuses :** [Liste détaillée des médicaments auxquels l'adolescent est allergique]  
.....  
.....
- **Régime alimentaire :** [Régime spécifique, intolérances]  
.....
- **Vaccinations :** [Joindre une copie du carnet de santé **ou** indiquer les vaccinations effectuées]

- **DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Coqueluche (DTCaP)**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Hépatite B**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Méningocoque C**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Pneumocoque (PCV)**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

- **Haemophilus Influenzae type B (Hib)**

- Oui
- Non
- Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

### Activité physique :

- **Restrictions :** [Préciser si l'adolescent a des restrictions médicales pour pratiquer certaines activités sportives]  
.....  
.....  
.....

### Contact en cas d'urgence :

- **Médecin traitant :** [Nom, prénom, coordonnées]  
..... **Tel :** .....
- **Personne à contacter en cas d'urgence :** [Nom, prénom, coordonnées]  
.....  
.....

### Autorisations :

- J'autorise le personnel du centre de loisirs à administrer à mon enfant les médicaments suivants : [Liste des médicaments]
- J'autorise le personnel du centre de loisirs à prendre toutes les décisions médicales nécessaires en cas d'urgence.

### Informations complémentaires :

- [Ajouter toute autre information pertinente, par exemple des instructions spécifiques en cas de crise d'asthme, des numéros de téléphone d'urgence, etc.]  
.....  
.....  
.....

**Signature des parents/tuteurs :** [Date] ... / .../....

[Signature]