

FICHE D'INSCRIPTION ALSH - Automne 2026

A remplir complètement même si l'enfant est déjà adhérent
Inscription : 3 jours 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

Téléphone : perso.

pro.

Date de naissance :

Profession

Adresse Mail

Responsable légal 2

NOM

Prénom

Téléphone : perso.

pro.

Date de naissance :

Profession

Adresse Mail

N° allocataire

quotient familial

Inscriptions aux jours suivants :

cochez les dates souhaitées

lun

19 oct

lun

26 oct

mar

20 oct

mar

27 oct

mer

21 oct

mer

28 oct

jeu

22 oct

jeu

29 oct

ven

23 oct

ven

30 oct

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 interventions chirurgicales selon les directives des médecins consultés

oui

non

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

oui

non

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

sans poisson

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				Cotisation à la journée			
quotient familial		tranche		Nb jours			
	QF < 300	A		A	x	6 euros	
301	< QF < 400	B		B	x	9,2 euros	
401	< QF < 500	C		C	x	11, 8 euros	
501	< QF < 650	D		D	x	14,5 euros	
651	< QF < 800	E		E	x	17,6 euros	
801	< QF < 1000	F		F	x	21,2 euros	
1001	< QF < 1500	G		G	x	24 euros	
1501	< QF <	H		H	x	27,6 euros	

A REGLER ,

Tranches de cotisation				Cotisation à la semaine 5jrs			
quotient familial		tranche		Nb semaine			
	QF < 300	A		A	x	27,4 euros	
301	< QF < 400	B		B	x	41,5 euros	
401	< QF < 500	C		C	x	52,9 euros	
501	< QF < 650	D		D	x	64,9 euros	
651	< QF < 800	E		E	x	79,7 euros	
801	< QF < 1000	F		F	x	95,6 euros	
1001	< QF < 1500	G		G	x	108 euros	
1501	< QF <	H		H	x	124,4 euros	

A REGLER ,

TOTAL A REGLER ,

Règlements		espèce	
		CB	
1er paiement		chq. vac.	
2ème paiement		chèque	
3ème paiement		chèque	
Autres : Fonds social MJC			
M.D.R.			
Autre :-----			

Fiche Sanitaire 2026-2027

- 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]