



Inscription année 2026 / /2027

Secteurs : Maternel  Primaire

Classe \_\_\_\_\_

Prestations : Extrascolaire  Périscolaire  Cantine

Nom de l'enfant : .....Prénom : ..... Sexe :  Fille  Garçon  
Date et lieu de naissance : .....  
Commune de résidence : .....  
N° sociale : .....clé : .....  
Assurance et numéro : .....  
N° allocataire CAF : ..... Ou MSA : .....  
Médecin traitant : .....N° Tél : .....  
En cas d'urgence, transporter l'enfant à : .....

NOM Prénom du père : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Commune et code postal : .....
Tél. fixe : .....	Portable : ..... Email : .....
Profession du père : .....	
Nom, adresse, téléphone de l'employeur : .....	
NOM Prénom de la mère : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	
Tél. fixe : .....	Portable : ..... Email : .....
Profession de la mère : .....	
Nom, adresse, téléphone de l'employeur : .....	

**Demande d'inscription à la CANTINE à compter du \_\_\_\_\_**

- forfait mois    **Menus traditionnel**     **Menus végétarien**      au ticket
- Paiement direct (possibilité de payer en CESU ou chèques vacances)
- Paiement par prélèvement (autorisation de facture électronique)

**Et déclare savoir que ce choix est un engagement qui ne peut être modulé à convenance. (cf règlement)**

**Autorisation Parentale/Droit à l'image**

- Je soussigné(e)..... autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées par la Maison de la Jeunesse et des Loisirs (MJL), à consommer les mets préparés dans le cadre des animations programmées (respect des normes H.A.C.C.P.). En outre, j'autorise la MJL à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, pour hospitaliser mon enfant si besoin est, et m'engage à rembourser les sommes avancées en cas de frais médicaux.

- Je consens également à ce que la MJL diffuse l'image (photos, films) de mon enfant, gratuitement et pour la durée de son inscription annuelle, à travers les publications suivantes : articles de journaux (L'Indépendant, Le Petit Vercol), page Facebook de la commune « Corneilla Esprit Village » et, uniquement pour les adolescents, page Facebook du Point Jeunes « PJ CDV », groupe Snapchat « Point Jeunes CDV ». Il s'agira de présentation ou de restitution d'animations, d'informations sur la vie de l'établissement.

- De plus, la MJL ne peut être tenue responsable en cas de perte et de vol, ainsi que non-conformité sanitaire des denrées emportées par les adhérents lors des activités (goûter, pique-nique...). J'ai bien pris connaissance du ou des règlements intérieurs et en accepte le contenu.

A Corneilla del Vercol le : .....    **Signature des parents, précédée de la mention <<Lu et approuvé>> :**

**Documents obligatoires :**

Fiche sanitaire de liaison, copie du carnet de vaccination, attestation d'assurance extra et périscolaire.

**L'ENFANT NE SERA PAS ACCUEILLI DANS L'ETABLISSEMENT TANT QUE SON DOSSIER COMPLET N'AURA PAS ETE REMIS.**



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT :  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

LIEU & PERIODES DU SEJOUR : \_\_\_\_\_

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES :  
 REMPLISSEZ-LÀ AVEC LE PLUS GRAND SOIN !!!**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU DT polio</b>				Autres (précisez)	
<b>OU DT Tétracoque</b>					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION : ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non  
 Si OUI, joindre une ordonnance récente et les documents correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marqué au nom de l'enfant avec la notice)

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

#### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES :** Asthme  OUI  NON Médicamenteuses  OUI  NON  
 Alimentaires  OUI  NON Autres : \_\_\_\_\_

Précisions concernant les allergies ci-après...

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION PAR L'ENFANT, LE SIGNALER)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CI-APRES **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATE ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 4 – **RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, UN HANDICAP, ETC. PRÉCISEZ...

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5 – **LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL. (FIXE & PORTABLE) \_\_\_\_\_ TRAVAIL \_\_\_\_\_

NOM & TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*Je, soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

## AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise :

◆ Les **personnes suivantes** à venir chercher mon(mes) enfant(s), \_\_\_\_\_  
à la Maison de la Jeunesse et des Loisirs :

- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____
- _____	Tél. : _____

**Veillez nous avertir à l'avance sur papier libre ou par e-mail, si une personne autre que celle mentionnée sur ce document vient chercher votre enfant. La pièce d'identité sera systématiquement demandée.**

**Lors d'une séparation familiale, si un parent souhaite prendre son enfant pendant la période de garde de l'autre parent, il doit fournir au responsable de la structure une autorisation écrite et signée par l'autre parent.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé »**

◆ J'autorise mon (mes) enfant(s), **âgé(s) de plus de 6 ans**, \_\_\_\_\_  
à quitter **SEUL** la Maison de la Jeunesse et des Loisirs à partir de 17h00.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature des parents, précédée de la mention « Lu et approuvé »**

