

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES écrire lisiblement

Coordonnées du jeune

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Sexe : H / F / Autre
 Réseau(x) social pour te joindre (nom d'utilisateur) :
 Adresse :
 Code Postal : I _ _ _ _ _ Ville :
 Tel port :
 Etablissement scolaire : Classe :

Responsable légal 1 = destinataire des infos sms/mail

Je suis ☐ parent ☐ tuteur ☐ structure d'accueil
 Nom :
 Prénom :
 Structure d'accueil :
 Adresse :
 Code Postal : I _ _ _ _ _ Ville :
 Tel fixe : Tel port :
 Mail :@.....

Responsable légal 2

Je suis ☐ parent ☐ tuteur ☐ structure d'accueil
 Nom :
 Prénom :
 Structure d'accueil :
 Adresse :
 Code Postal : I _ _ _ _ _ Ville :
 Tel fixe : Tel port :
 Mail :@.....

IMPORTANT voir au verso

Informations administratives	
N° allocataire CAF <i>Si autre caisse (MSA,...) Précisez :</i>	I _ I _ I _ I _ I _ I _
Quotient familial	I _ I _ I _
L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? <i>*Allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Cette information nous est demandée par la CAF.</i>	☐ Oui ☐ Non
Autorisations	
PARTICIPATION. J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par le Pôle Jeunesse et à utiliser les transports mis en place par la MJC du Plateau. J'ai conscience qu'en dehors des temps d'activités et des temps de transport encadrés, précisés lors de l'inscription aux animations, mon enfant n'est pas sous la responsabilité de la MJC.	☐ Oui ☐ Non
SOINS MEDICAUX. J'autorise les animateurs à prodiguer les premiers soins et à contacter les secours	☐ Oui ☐ Non
RGPD (voir au verso) J'accepte la collecte des informations personnelles renseignées ici	☐ Oui
Informations médicales	
Nom du MEDECIN TRAITANT	<i>Compléter ici</i>
Téléphone du MEDECIN TRAITANT	<i>Compléter ici</i>
J'atteste que mon enfant est à jour de ses VACCINS et je joins les photocopies. <i>Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.</i>	☐ Oui ☐ Non
Mon enfant suit un TRAITEMENT MEDICAL. <i>Si oui, et si une prise de médicament est nécessaire durant les temps d'accueil ou de séjour, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine</i>	☐ Oui ☐ Non

marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.	
Mon enfant a déjà eu (cocher ci-contre)	☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Rhumatismes articulaires
Je déclare les éventuelles ALLERGIES de mes enfants (cochez le cas échéant) ☐ Asthme ☐ Allergie alimentaire, précisez : ☐ Médicamenteuse Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :	
Je précise si mon enfant a un REGIME ALIMENTAIRE particulier	Compléter ici
Le mineur présente-t-il un PROBLEME DE SANTE ? ☐ Non ☐ Oui. Précisez :	
Je précise ici toutes les RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, de comportement, etc.)	

Je soussigné.e, ...Prénom NOM....., responsable légal.e du mineur déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date : ... /... /... .

Signature :

REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES

Le 25 mai 2018 la réglementation régissant la protection des données personnelles a été modifiée avec l'entrée en application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Le RGPD encadre le traitement des données personnelles sur le territoire de l'Union Européenne.

Aussi, conformément au RGPD, nous vous informons des modalités de traitement de vos données personnelles.

Pourquoi recueillons-nous des informations vous concernant ?

Ces informations sont utilisées par la MJC pour la communication, la gestion, les statistiques, le fonctionnement de l'association et de votre activité.

Durée de conservation des informations

Vos données personnelles sont gardées sur une période de 3 ans.

RESPECT DE VOS DROITS

La confidentialité

Les informations personnelles communiquées sont à la seule connaissance des salariés en charge de l'accueil et des activités, des artistes intervenants et de la direction de la MJC.

En cas d'urgence médicale, vos données personnelles peuvent être transmises aux services d'urgences médicales.

Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Vous pouvez avoir accès aux informations vous concernant et en demander à tout moment la modification ou le retrait en vous adressant au secrétariat.

Sécurisation des informations

Serveur et ordinateurs sont protégés par des mots de passe changés régulièrement.

Pour toute information complémentaire n'hésitez pas à nous consulter.

PARTIE A RENSEIGNER PAR LA MJC

Pièces reçues :

- ☐ Bulletin d'adhésion complété
- ☐ Règlement
- ☐ Copie des vaccins
- ☐ Justificatif ouvrant droit à réduction. Nature :

Rempli par :