

Maison des Jeunes

Adhésion 2026/2027

Informations concernant la famille :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :

J'accepte de recevoir les programmes et autres informations par le biais de la boîte mail/WhatsApp

Informations adhérent :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance:
Adresse :	
Téléphone :	

Cotisation annuelle : 15€

- Chèque
- Espèces

Cotisation annuelle hors commune : 25€

- Chèque
- Espèces

AUTORISATIONS MAISON DES JEUNES

Je soussigné(e), représentant(e)
légal(e) de l'enfant.....

• Autorise mon enfant à :

- Participer aux activités et sorties organisées par la Maison des Jeunes
- Être transporté en mini bus/voiture ou transport en commun.
- Se rendre à la Maison des Jeunes, durant les heures d'ouverture en total autonomie, la Mdj n'est pas responsable des allées et venues en dehors de ces locaux.
 - Être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités ou sorties effectuées par la Maison des Jeunes, des films peuvent être réalisés ou des photos prises. Ces productions sont susceptibles de faire l'objet d'une diffusion publique ou d'une publication à seule fin d'informer.
 - Autorise les responsables de la Maison des Jeunes à prendre le cas échéant toutes mesures (hospitalisation, interventions médicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant
 - Autorise les responsables de la Maison des jeunes à utiliser le numéro de téléphone de l'enfant en cas de besoin (canal WhatsApp)

Fait à

le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIASON 2026/2027

NOM :	PRENOM :
AGE :	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2026. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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 déjà eu les maladies suivantes ?

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

Allergies :

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

