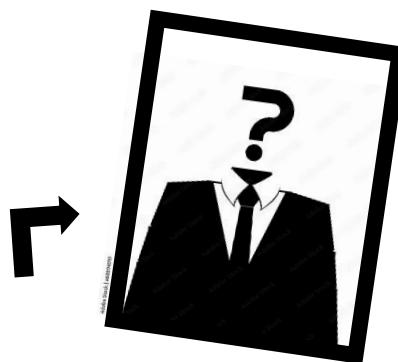




Dossier d'inscription 2025-2026

Local Jeune de la Fabrique du monde rural



Moi :

Nom :	Colle une photo de toi ici
Prénom :	
Genre :	
Date de naissance :	
Nationalité :	
Ton adresse :	
Ton numéro de téléphone :	
Ton adresse email :	

Mon adhésion :

☐ J'adhère à hauteur de 15€ à l'association MRJC et au local jeune car je suis Jeune, Libre et Rebelle (as-tu trouvé la référence musicale ?) !

☐ Je renouvelle mon adhésion à l'association et au local jeune de 15 € car je suis toujours Jeune, Libre et Rebelle (as-tu trouvé la référence musicale ?) !

En adhérant, je soutiens le super projet de la Fabrique du Monde Rural de Combeaufontaine, je souscris à ses valeurs et à son fonctionnement et je bénéficie d'un droit de vote lors de l'assemblée annuelle de la Fabrique.

Je note aussi que mon adhésion vaut pour tous les espaces et toutes les activités de la Fabrique

Date :

Signature :



Mes parents :

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom :	Nom :
Prénoms :	Prénoms :
Portable :	Portable :
Adresse email :	Adresse email :
Adresse :	Adresse :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Différent des parents ou du responsable légal)
Nom :
Prénom :
Téléphone :

ALLOCATAIRE : ☐ CAF ☐ MSA ☐ MARINE ☐ AUTRES (précisez SVP) :
Numéros d'immatriculation couvrant l'enfant :
Compagnie d'assurance :
Assurance responsabilité civile couvrant votre enfant :

**Veuillez joindre l'attestation d'assurance au dossier S.V.P.*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]



Décharges :

Droit à l'image

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

Que mon jeune soit filmé(e)/photographié(e) dans le cadre des activités inhérentes du Local Jeune et du MRJC sachant que les images ne seront utilisées que pour les supports du mouvement (revues, cd-rom, site internet, Facebook, Instagram...)

Autorisation de sortie des locaux

☐ J'autorise mon jeune à quitter la structure seul, à la fin des activités, et décharge le Local Jeune de toutes responsabilités dès que celui-ci a quitté les locaux.

☐ Je n'autorise pas mon jeune à quitter la structure seul et souhaite qu'il reste dans les locaux jusqu'à ce que je vienne le chercher, moi, son deuxième parent, ou une personne de confiance notée ci-dessous :

**Veuillez lister les personnes autorisées à chercher votre jeune :*

.....
.....

Médical :

☐ J'autorise :

-En cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

-En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Déplacement :

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

- les responsables du séjour à transporter mon enfant en voiture

☐ Je souhaite inscrire mon jeune au « petit bus du mercredi »

Fait à :

Le :

Signature :