



**LA CANOPÉE**  
**MJC CENTRE SOCIAL**  
5 RUE LOUIS ARAGON  
26800 PORTES-LÈS-VALENCE  
0475 57 00 96  
WWW.MJCPLV.FR

# FICHE FAMILLE 2024-2025

A remplir pour des inscriptions sur les accueils périscolaires et extrascolaires

Note réservée à l'administration :

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quotient Mairie

VACAF

Adhésion annuelle non remboursable :

16€

8€ (RSA - Etudiants)

Paiement :

Espèce N° \_\_\_\_\_

Chèque N° \_\_\_\_\_

CB

## LE RESPONSABLE LÉGAL-E (PAYEUR)

Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Quartier** (uniquement pour les Portoïs) :

Est  Ouest  Nord  Sud  Centre

Tel. : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## LE RESPONSABLE LÉGAL-E

Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Quartier** (uniquement pour les Portoïs) :

Est  Ouest  Nord  Sud  Centre

Tel. : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Organisme versant des prestations familiales :**

CAF  MSA

N° d'allocataire : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale sous lequel est inscrit le ou les enfant(s) :

Mutuelle : \_\_\_\_\_

**Situation :**

Marié(e)  Vie maritale  Concubinage

Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Copie du jugement de divorce, de séparation ou de garde alternée (aucune photocopie ne sera faite par le service)

## PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS) ET/OU AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (+ DE 14 ANS OBLIGATOIRE)

NOM/PRÉNOM	AFFILIATION	ADRESSE	TÉLÉPHONE

## DECLARATION ET AUTORISATION

**Je déclare :**

Que mon ou mes enfant(s) sont à jour des vaccinations (joindre obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination ou un certificat médical précisant que les vaccins sont à jour)

Avoir pris connaissance du règlement intérieur

Exact, les renseignements portés sur cette fiche

Autoriser mon et/ou mes enfants à participer à l'ensemble des activités proposées (sur site ou lors de sorties nécessitant un transport)

**J'autorise :**

L'association à diffuser des photos et des vidéos de mon et/ou de mes enfants prises dans le cadre des activités (site internet, presse, réseaux sociaux, expositions, films)

L'association à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires par l'état de santé de mon et/ou de mes enfants)

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

**FICHE ENFANT-S 2024 - 2025****1<sup>er</sup> enfant**Fille  Garçon 

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**Choix de l'accueil :**

- Périscolaire  Mercredis  
 Vacances jeunesse  Vacances enfance  
 Pop'jeunes

**J'autorise**

- 
- Mon enfant allant au pop'jeunes à rentrer seul

**2<sup>ème</sup> enfant**Fille  Garçon 

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**Choix de l'accueil :**

- Périscolaire  Mercredis  
 Vacances jeunesse  Vacances enfance  
 Pop'jeunes

**J'autorise**

- 
- Mon enfant allant au pop'jeunes à rentrer seul

**INFORMATION SANITAIRE****Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

**Je signale à l'association que mon enfant présente l'une des pathologies suivantes :**

- Asthme  Allergies (préciser) \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Handicap  Diabète  
 Difficultés psychologiques  
 Autres : \_\_\_\_\_

Précisions ou éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 
- Problème de santé avec protocole médiacel et/ou PAI**
- 
- (à remettre le jour de l'inscription)

**Régime alimentaire :** \_\_\_\_\_**INFORMATION SANITAIRE****Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

**Je signale à l'association que mon enfant présente l'une des pathologies suivantes :**

- Asthme  Allergies (préciser) \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Handicap  Diabète  
 Difficultés psychologiques  
 Autres : \_\_\_\_\_

Précisions ou éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 
- Problème de santé avec protocole médiacel et/ou PAI**
- 
- (à remettre le jour de l'inscription)

**Régime alimentaire :** \_\_\_\_\_**3<sup>ème</sup> enfant**Fille  Garçon 

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**Choix de l'accueil :**

- Périscolaires  Mercredis  
 Vacances jeunesse  Vacances enfance  
 Pop'jeunes

**J'autorise**

- 
- Mon enfant allant au pop'jeunes à rentrer seul

**4<sup>ème</sup> enfant**Fille  Garçon 

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**Choix de l'accueil :**

- Périscolaires  Mercredis  
 Vacances jeunesse  Vacances enfance  
 Pop'jeunes

**J'autorise**

- 
- Mon enfant allant au pop'jeunes à rentrer seul

**INFORMATION SANITAIRE****Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

**Je signale à l'association que mon enfant présente l'une des pathologies suivantes :**

- Asthme  Allergies (préciser) \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Handicap  Diabète  
 Difficultés psychologiques  
 Autres : \_\_\_\_\_

Précisions ou éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 
- Problème de santé avec protocole médiacel et/ou PAI**
- 
- (à remettre le jour de l'inscription)

**Régime alimentaire :** \_\_\_\_\_**INFORMATION SANITAIRE****Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

**Je signale à l'association que mon enfant présente l'une des pathologies suivantes :**

- Asthme  Allergies (préciser) \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Handicap  Diabète  
 Difficultés psychologiques  
 Autres : \_\_\_\_\_

Précisions ou éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à l'enfant :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 
- Problème de santé avec protocole médiacel et/ou PAI**
- 
- (à remettre le jour de l'inscription)

**Régime alimentaire :** \_\_\_\_\_