

**MPT PEN AR CREAC'H**  
 17 Rue Pr Chrétien - 29200 Brest  
 Tel: 02 98 02 29 75 / 06 52 63 80 56  
 www.penarcreach.org / mjc@penarcreach.org  
 Facebook : MPT Pen Ar Créac'h (Espace Jeunesse)  
 MJC/Maison Pour Tous de Pen Ar Créac'h

<b>2021 / 2022</b>
<b>Activités pratiquées</b>
.....
.....
.....

## DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNE né(e) entre 2010 et 2004

### ENFANT/JEUNE

<b>NOM :</b>	
<b>PRÉNOM :</b>	
<b>NÉ(E) LE :</b>	<b>AGE :</b>
<b>PORTABLE ( JEUNE ) :</b>	
<b>ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE:</b>	
<b>CLASSE :</b>	
<b>AUTRE ;</b>	

<b>N° CAF</b>	
<b>QUOTIENT FAMILIAL</b>	
<b>AUTRE RÉGIME :</b>	

*La MPT dispose d'un numéro professionnel permettant d'accéder à votre Quotient Familial (et uniquement à ce quotient), à partir de votre n° d'allocataire.  
 J'autorise la MPT à y accéder :*

*Oui*                       *Non*

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

<u>PÈRE/MÈRE/TUTEUR LÉGAL (RAYER LA MENTION INUTILE)</u>	
<b>NOM:</b>	<b>PRÉNOM :</b>
<b>ADRESSE:</b>	
<b>CODE POSTAL :</b>	<b>VILLE :</b>
<b>TÉLÉPHONE DOMICILE:</b>	<b>PORTABLE :</b>
<b>E-MAIL:</b>	<b>TÉLÉPHONE TRAVAIL:</b>
<u>PÈRE/MÈRE/TUTEUR LÉGAL (RAYER LA MENTION INUTILE)</u>	
<b>NOM:</b>	<b>PRÉNOM :</b>
<b>ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE LA PREMIÈRE):</b>	
<b>CODE POSTAL:</b>	<b>VILLE:</b>
<b>TÉLÉPHONE DOMICILE:</b>	<b>PORTABLE :</b>
<b>E-MAIL:</b>	<b>TÉLÉPHONE TRAVAIL:</b>

**VOTRE ENFANT EST SOUS LA RESPONSABILITÉ DE LA MPT UNIQUEMENT PENDANT LA DURÉE DE L'ACTIVITÉ. IL VOUS APPARTIEN DE VÉRIFIER LA PRÉSENCE DE L'ANIMATEUR ET DE VEILLER À NE PAS TARDER À LA FIN DE L'ACTIVITÉ SI L'ENFANT NE RENTRE PAS SEUL.**

- \*J'AUTORISE** L'ENFANT INSCRIT À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DE LA MPT ET ATTESTE QU'IL N'EXISTE AUCUNE CONTRE INDICATION MÉDICALE .
- \*J'AUTORISE** LA MPT À UTILISER LES PHOTOS ET VIDÉOS DE MON ENFANT SUR LES DÉPLIANTS, VIDÉOS ET AUTRES DOCUMENTS DE COMMUNICATION DE LA MPT.
- \*J'ACCEPTÉ** LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ESPACE JEUNESSE DE LA MPT.

FAIT À BREST LE..... **SIGNATURE,**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... M  F

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE : .....

ADRESSE: .....

TÉLÉPHONE 1 : ..... TÉLÉPHONE 2 : .....

N°DE SECURITE SOCIALE : ..... MUTUELLE : .....

**VACCINATIONS** (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT).

VACCINS OBLI-GATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
<b>Ou</b> DT POLIO				AUTRES (PRÉCISER)	
<b>Ou</b> TÉTRACOQ					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI  NON

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMÉDICATION, LE SIGNALER)**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

*JE SOUSSIGNÉ(E).....RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT, DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SÉJOUR À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT.*

Date :

Signature :