

INFORMATIONS SUR L'ADHERENT(E)

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / / Sexe : ☐ M ☐ F
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :
 Email :
☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° allocataire : Quotient familial :€

CHOIX TYPE D'ADHESION

valable du 1er septembre jusqu'au 31 août de la saison en cours

→ Individuelle

- ☐ adulte plein tarif 10€
☐ adulte tarif réduit 5.50€ *
☐ enfant moins de 16 ans 5.50€

→ Familiale

- ☐ plein tarif 15€
☐ tarif réduit 10€ *

*demandeur emploi, étudiant, minimas sociaux

MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

	Responsable 1	Responsable 2	Enfant	Enfant	Enfant	Enfant
Nom Prénom						
Date naissance						
Lien de parenté						

AUTORISATIONS

- ☐ J'autorise l'encadrement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
☐ J'autorise / ☐ Je n'autorise pas la publication de ma photo ou celle de mon foyer sur les supports de communication de la MCL.

Fait le : / /

Signature de l'adhérent(e) (ou son représentant légal) :



	Nom Prénom	Nom Prénom	Nom Prénom	Nom Prénom	Nom Prénom	Nom Prénom
PRATIQUES AMATEURS						
◆ Modélisme - accessible toute l'année / 30€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Atelier Photo - vendredi à 20h30 1 fois par mois, à partir de 12 ans / 25€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Jeu d'expression théâtrale - mercredi 16h15 à 17h15, 8/15 ans / 100€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ACTIVITES MANUELLES						
◆ A vos aiguilles - lundi 14h à 17h, ados/adultes / 12€ le trimestre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Répartout - mercredi 18h à 20h, adultes / 12 € le trimestre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Cartonnage - mercredi 14h15 à 17h15, ados/adultes / 12€ le trimestre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Couture - jeudi 14h à 17h30, ados/adultes / 12€ le trimestre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Peinture sur porcelaine - vendredi 14h à 18h, ados/adultes 10€ la réalisation (cuisson comprise) + support à partir de 1,50€	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SPORTS DIVERS						
◆ Baby club "multi-sports" - samedi 10h/11h & 11h/12h 3/5 ans - 100€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Badminton & tennis de table loisirs - lundi & jeudi 18h/20h ados/adultes / 30€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Tennis de table compétition - jeudi & vendredi 18h/20h à partir de 8 ans / 60€ à l'année + licence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Judo - Lundi						
• Baby-judo - 17h30 à 18h30 4/6 ans 100€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Judo-jujitsu - 18h30 à 19h30 6/8 ans 120€ + 46€ licence obligatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Judo-jujitsu - 19h30 à 20h45 ados/adultes 160€ + 46€ licence obligatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Judo - Jeudi						
• Judo-jujitsu - 17h30 à 18h30 8/10 ans 145€ + 46€ licence obligatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Jujitsu self défense - 18h30 à 19h30 adultes 160€ + 46€ licence obligatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Jujitsu - Fighting - 19h30 à 20h45 ados/adultes 160€ + 46€ licence obligatoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Renforcement musculaire 19h/20h et Zumba 20h/21h - ados/adultes						
• Lésigny - salle du Pré du Four - le jeudi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Coussay les Bois - salle motricité de l'école - le vendredi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• 1 cours - 100€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• 2 cours - 160€ à l'année	☐	☐	☐	☐	☐	☐
◆ Autres activités de la MCL non listées (à préciser) :						
◆ Services de la MCL (des dossiers complémentaires seront demandés afin de valider l'inscription)						
• Crèche Les P'tits Loups - La Roche Posay	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Micro-crèche Les P'tits Loups des Bois - Coussay les Bois	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Accueil de loisirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Point jeunes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Secteur famille	☐	☐	☐	☐	☐	☐



DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRE)

- ☐ **Certificat médical obligatoire** pour les activités sportives
- ☐ **Règlement de la cotisation annuelle** (chèque, espèces, virement ou carte bancaire)
- Possibilité de paiement en plusieurs fois, voir modalités à l'accueil

RAMENER L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS À L'ACCUEIL DE LA MCL

lundi, mardi, jeudi et vendredi : 9h/12h - 14h/19h* et
mercredi 9h/13h - 14h30/19h
*20h00 jusqu'aux vacances de la Toussaint



Secteur Jeunes



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE : ☐ 10 / 13 ans ☐ 14 / 17 ans

Fille ☐

Garçon ☐

Mercredi - vendredi ☐

Petites vacances ☐

Vacances été ☐

TRANSPORT : Matin ☐ soir ☐

Ecole / collègue ☐

Observation

☐ Adhésion le.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Garçon ☐ Fille ☐

Régime: ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE

N° d'allocataire : _____

N° DE SECU : _____ / _____

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

1- NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ PORTABLE : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

TEL PRO : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ E-MAIL : _____ @ _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

2- NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ PORTABLE : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PROFESSION : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____

TEL PRO : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ E-MAIL : _____ @ _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : _____

INFORMATION IMPORTANTE concernant la situation familiale (famille d'accueil, parent décédé, séparation) :

EN CAS DE SEPARATION : Veuillez préciser les modalités de garde des enfants :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise le directeur de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

TELEPHONE AUTRES PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (par priorité) :

Noms prénoms	Lien avec l'enfant	Téléphone
M.....		
M.....		
M.....		
M.....		

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant ou joindre une copie)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	nom	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RUMATISME AIGU		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 ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRE oui ☐ non ☐ AUTRES

REGIME ALIMENTAIRE :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (pipi au lit, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...etc...

Précisez :

.....
.....
.....

Autorisation parentale

Permanente *

Je soussigné, M., Mme (1).....demeurant au :.....

.....Ville.....Code Postal :

N° de téléphone :/...../...../...../...../ autre :/...../...../...../...../

Autorise mon fils, ma fille (1)

Transport en Mini-Bus : Le transport Aller : Ville (école) :

Le transport Retour : Ville :

Le soir : à partir :

- ☐ Avec moi-même
- ☐ Seul à mon domicile
- ☐ Avec Mr ou Mme
- ☐ Avec Mr ou Mme
- ☐ Avec Mr ou Mme

* J'autorise la MCL à véhiculer mon enfant pour les activités / les sorties.

Oui ☐

Non ☐

* J'autorise la MCL à faire des photos de mon enfant dans le cadre de l'accueil et à les utiliser pour tout type de support de communication.

Oui ☐

Non ☐

* J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Oui ☐

Non ☐

* Je déclare avoir pris connaissance des règles de vie de la structure et être en parfait accord avec leur contenu.

Oui ☐

Non ☐

* J'autorise mon enfant à venir et à rentrer seul à son domicile.

Oui ☐

Non ☐

Je lève de toutes responsabilités la MCL de la Roche-Posay dans la réalisation des modalités prévues dans la présente autorisation parentale et j'en assume toutes les conséquences.

Fait à : le

Signature

* Vous pouvez modifier cette autorisation parentale à tout moment

(1) : rayer les mentions inutiles.