



DOSSIER UNIQUE ESPACE JEUNES 2026-2027

Obligatoire pour l'espace jeunes

Le dossier est à compléter ou à corriger en rouge

www.mjclherm.fr

ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Date de naissance :

Ecole : Classe (2026-2027) :

Tél Portable de l'enfant :

Autorisation de rentrer seul :

(une fois sorti de l'espace jeunes, l'enfant n'est plus sous notre responsabilité)

Type de repas : (type de repas possible : standard / sans porc / sans viande=autre)

Droit à l'image et au son : Autorisation de transport en véhicule :

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? oui ☐ non ☐

Fournir OBLIGATOIREMENT la notification AEEH de la CAF ou la décision de la MDPH.

RESPONSABLE LEGAL

RESPONSABLE 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Nom :

Prénom :

Email :

Mail portail/communication : oui ☐ non ☐

Adresse :

Ville :

Profession :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

RESPONSABLE 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Nom :

Prénom :

Email :

Mail portail/communication : oui ☐ non ☐

Adresse :

Ville :

Profession :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Pour les parents divorcés, fournir la photocopie du jugement de divorce ou le protocole d'accord. Sans l'un de ces documents, l'enfant pourra être remis aux deux parents.

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

Nom, prénom, lien de parenté, téléphone.

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

Si une autre personne non citée ci-dessus vient chercher votre enfant, elle devra être munie d'une autorisation écrite de votre part. Une pièce d'identité pourra lui être demandée.

MEDICAL

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale :

Lieu d'hospitalisation:

Personnes à prévenir en cas d'accident autre que les parents.

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

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui Non (entourez la bonne réponse)

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être réalisé.

Si tel est le cas merci de nous en fournir une copie

CAF / MSA

☐ Non concerné ou quotient supérieur à 1601

N° allocataire :

Nom de l'allocataire :

Quotient CAF : fournir l'attestation de janvier 2026 / Quotient MSA : fournir l'attestation de moins de 6 mois.

Les familles ne fournissant aucune attestation (CAF ou MSA) à l'inscription seront facturées au tarif maximum.

Attention si elle est fournie en cours d'année, il n'y aura pas de rétroactivité.

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant

- * Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;
- * Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur de l'espace jeunes.
Il est disponible au secrétariat et sur le site internet de la MJC de Lherm ;
- * Autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur ;
- * Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'équipe d'animation ;
- * Certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont corrects.

Date :/...../.....

SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement la copie des pages de vaccinations

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				B.C.G.	
				Prévenar	
				Autres	

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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHMES oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

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

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation).

Précisez les dates et précautions à prendre.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS. Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, etc...

.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

TÉL : NOM ET TÉL. MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

DOCUMENTS OBLIGATOIRES :

- Fiche adhésion
- Photocopie des vaccins
Nous vous demandons de vérifier la validité du vaccin DTP.
Dès que vous faites un vaccin à votre enfant, merci de nous faire parvenir la photocopie des pages de vaccination à jour..
- Attestation quotient familial CAF de janvier 2026 ou attestation MSA de moins de 6 mois
- Notification AEEH de la CAF ou la décision de la MDPH.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES :

- PAI de votre enfant si besoin
- Autres documents en fonction de votre situation (jugement de divorce, adoption...)

DATES ET SIGNATURES DU DOSSIER UNIQUE ET DE LA FICHE SANITAIRE OBLIGATOIRES.
Tout dossier incomplet ne sera pas traité.