



Maison Pour Tous du Guelmeur
 Agréée Centre Social par la CAF 
 34 rue Montcalm, 29200 Brest
 02 98 44 71 85 mpt.guelmeur-brest@wanadoo.fr

Dossier d'inscription 2017 – 2018

Adhérent 2016-2017 : OUI NON

Date D'adhésion :/...../.....

Type d'adhésion : Individuelle Famille

| | | |
|--|------------------------------------|-------|
| NOM / PRENOM DU TITULAIRE | Date de Nais./...../..... | M / F |
| Nom/prénom du responsable légal (pour les mineurs) | | |
| Pour les adhésions « famille » | | |
| NOMS/ PRENOMS des ayants droits | Date de naissance | M/F |
| - | | |
| - | | |
| - | | |
| - | | |
| Adresse | | |
| Code Postal | Ville : | |
| N° téléphone domicile : | N° téléphone portable : | |
| Courriel :@..... | | |
| Régime Allocataire (données obligatoires pour les inscriptions ALSH) | | |
| N° CAF : | Quotient Familial : | |
| N° MSA : | Quotient Familial : | |
| Autre régime : | Quotient Familial : | |

COORDONNEES EN CAS D'URGENCE (personne à contacter à cas d'urgence) : Adhésion individuelle

NOM : **Prénom**..... **Téléphone**.....

| Activité(s) pratiquée(s) Prénom du pratiquant (si adhésion famille) | Date d'inscription | Jour et Horaire | Tarif de base | Réduc. | Tarif appliqué |
|--|--------------------|-----------------|---------------|--------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

Certificat médical pour les activités corporelles remis le jour de l'inscription Oui Non

(Si non, l'adhérent s'engage à le remettre à la MPT sous les plus brefs délais)

Votre droit à l'image : Autorisation de diffusion des photos prises par les animateurs dans le cadre de nos activités

Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE POUR LES MINEURS :

OUI:

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant,déclare l'autoriser à quitter seul(le) les locaux de la Maison Pour Tous du Guelmeur.

NON

Personnes autorisées à récupérer votre(vos) enfant(s) à la fin de l'activité.

| NOM – Prénom | Lien de parenté ou autre avec l'enfant. | Coordonnées téléphoniques |
|--------------|---|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INFORMATIONS SANITAIRES

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 | | | | | |

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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 AIGÛ 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.....

LES DIFFICULTES DE SANTES, LES PRECAUTIONS A PRENDRE, LES RECOMMANDATIONS UTILES.

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

Je déclare avoir pris connaissance de l'objet, des valeurs, des statuts et du règlement Intérieur de la Maison Pour Tous du Guelmeur (consultables sur notre site internet ou au secrétariat).En signant ce document, je m'engage à les respecter et certifie de l'exactitude des informations renseignées sur ce document.

J'autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à prendre toutes mesures urgentes (hospitalisation, intervention chirurgicales, traitement médical) rendues nécessaires par l'état mon enfant.

Brest, le __ / __ / 20 __ Signature