

FICHE INDIVIDUELLE 2025-2026

Cette adhésion permet l'accès aux activités organisées par l'association pour la période de SEPTEMBRE à AOÛT de l'année en cours.

Tarif : -18 ans = 10€/an à partir de 18 ans=15€/an

Qf	Adhésion
au :	9-10 ANS O
	11-12 ANS O
Qf	13-15 ANS O
au :	16-17 ANS O
	ADULTE O

Dossier suivi par : _____ N° allocataire caf : _____

L'ADHÉRENT

☐ MINEUR*

☐ MAJEUR

☐ Mme ☐ M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ E-Mail _____

PARENT 1 *(si mineur)

☐ Mme ☐ M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

E-Mail _____

Téléphone _____

PARENT 2 *(si mineur)

☐ Mme ☐ M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

E-Mail _____

Téléphone _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom	Téléphone	Lien parenté

AUTORISATIONS

☐ oui ☐ non	Déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant
☐ oui ☐ non	Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'association Mosaïque
☐ oui ☐ non	Autorise la diffusion sur son site internet -ou sur tout autre support virtuel ou imprimé- des photos et/ou vidéos prises par l'Association Mosaïque
☐ oui ☐ non	Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités proposées
☐ oui ☐ non	Autorise Mosaïque à me communiquer les informations par Email ou sms

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler toutes éventuelles modifications.
J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions du règlement intérieur de la structure sur www.assomosaique.fr

Fait à Ecquevilly le, _____

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire particulier (sans porc, etc...) :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL PORTABLE TEL TRAVAIL : TEL DOMICILE.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :;.....(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL