

4 - a) DROIT A L'IMAGE

La personne signataire donne son consentement à la réalisation de photos/vidéos de son enfant pour la réalisation de documents de nature pédagogique (atelier créatif, affichage à l'accueil de loisirs, petit journal interne...), sans diffusion extérieure.

Et en parallèle, J'autorise OU Je n'autorise pas l'utilisation de ces images pour :

- La réalisation de support de communication et la diffusion sur le site Internet de la MJC afin d'illustrer ses activités ;
- La diffusion dans la presse (ex. : venu d'un journaliste pour un spectacle).

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'accueil de loisirs de la MJC est garanti, de même que le droit de retrait.

b) PROTECTION DES DONNÉES

La personne signataire donne son consentement au traitement de ses données personnelles, dans le strict respect du RGPD.

5 - CHOIX D'UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE (hors allergie)

Sans viande Sans porc Autre : .

6 - VACCINATION OBLIGATOIRE (*enfants nés après le 1^{er} janvier 2018)

	DTP	ROR *	Hépatite B *	Pneumocoque *	Méningocoque C *	Coqueluche *	Haemophilus *
Cochez si le vaccin est fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Année du dernier rappel							

Si l'enfant n'est pas vacciné, un certificat médical de contre-indication est obligatoire.

7 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Précisez ici toutes informations susceptibles d'avoir des répercussions sur l'accueil de l'enfant.

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE :

ALLERGIE ALIMENTAIRE :

Si OUI, précisez les signes évocateurs et la conduite à tenir :

P.A.I. : Oui Non

Notification MDPH : Oui Non

HANDICAP, PATHOLOGIE CHRONIQUE ou **AIGÛE** (diabète, asthme, épilepsie...) et précautions à prendre :

Pendant son temps d'accueil, l'enfant devra-t-il suivre un **traitement médical** ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ANTECEDENTS MEDICAUX (accident, hospitalisation, opération...), date et précautions à prendre :

8 - RECOMMANDATIONS UTILES

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

9 - MODALITES D'INSCRIPTIONS

L'inscription pour les mercredis est annuelle. L'inscription pour les vacances est à la semaine. Toute absence du fait de l'adhérent ne donne lieu à aucun remboursement ou avoir. Une absence justifiée et certains cas de force majeure peuvent faire l'objet d'une étude particulière de la Direction.

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements indiqués dans cette fiche d'inscription et consent à respecter le règlement intérieur de l'ALSH.

Fait à LYON, le _____ . SIGNATURE : .