

LA MAISON DES ADOS 2026/2027 - ACCUEIL ADOS

La Maison des Ados de la Fabrique MJC est un accueil adolescent agréé Jeunesse et Sport **ouvert aux jeunes de 11 à 17 ans inscrits sur tarification modulée**. Elle comprend :

- Un accueil libre les mardis, jeudis et vendredis de **16h30 à 19h30**, les mercredis **de 14h à 18h** et les samedis **de 10h30 à 12h30 et de 14h à 18h**.
- Les soirées Ados (**vendredi de 19h30 à 22h**) avec inscriptions en amont.
- Les différents clubs et activités proposés sur ces horaires dans le cadre de l'accueil adolescent.*

Elle ne comprend pas les cours et les ateliers hebdomadaires.

**Les programmes sont disponibles dans la newsletter et sur les réseaux de la Fabrique.*

INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT : **PRÉNOM :**
DATE DE NAISSANCE : __/__/__ **G / F** **CLASSE :**

Je soussigné(e) autorise
à participer aux activités de la Maison des Ados, son espace en accès libre sur les horaires indiqués, les événements, et à participer aux activités de l'accueil adolescent.

Il/elle **a** / **n'a pas** l'autorisation de partir seul(e) de la structure.

Je certifie avoir complété et transmis la fiche sanitaire, la fiche d'adhésion, et mis en pièce jointe l'attestation de sécurité sociale.

Signature du responsable légal :

TARIFS MAISON DES ADOS*

**Des participations financières complémentaires peuvent être demandées pour certaines activités.*

**Sauf pour ceux inscrits à l'Aide Aux Devoirs (tarifs compris dans la participation AAD).*

Tranches Tarifaires (selon le Coefficient Familial).	Tarifs à l'année (€)	Adhésion (€)
Tranche 1	10	10
Tranche 2	20	
Tranche 3	30	
Tranche 4	40	
Non Louveciennois	50	

FICHE SANITAIRE 2026/2027

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Fiche sanitaire valable pour l'ensemble de la saison y compris pour l'accueil des vacances scolaires.

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE TÉL :

NOM PRÉNOM

ADRESSE TÉL :

Autre personne à appeler en cas d'urgence :

NOM PRÉNOM

ADRESSE TÉL :

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

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					

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui o non o

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

BUREAU : NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

*Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant ,
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à
 prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
 rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Pièce à joindre : Attestation de sécurité sociale/carte vitale.

Date : ____/____/____

Signature :