Centre social et culturel
L'EYCHO

Année	2025/2026		2026/2027		2027/2028		2028/2029		2029/2030	
Adhésion	Fam	Indiv	Fam	Indiv	Fam	Indiv	Fam	Indiv	Fam	Indiv
Quotient Familial										
N° adhérent										
Bénévole										

Fiche d'adhésion Mineur

*VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES

NOM : |__|__|__|

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné(e) ……, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Eycho, si la situation l'exige, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par son état. Je déclare avoir pris connaissance du contrat de vie pour les accueils jeunes. Je note qu'il est conseillé de souscrire un contrat d'assurance individuelle accident.

Date et Signature

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise les responsables de l'Eycho à transporter mon enfant dans tous véhicule à moteur (sauf deux roues) d'un site à un autre du Centre Social ainsi que sur des lieux de sorties, de stages, d'activités ou de séjours.

Date et Signature

AUTORISATION DE CESSION DE DROIT À L'IMAGE

J'autorise la prise d'images (photos et vidéos) sur lesquelles il/elle pourrait apparaître et accepte que ces photos et documents audiovisuels soient utilisés dans le cadre de publication presse, affichages, expositions et/ou site web pour communiquer sur les actualités et informations de l'Eycho. J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

Date et Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Les informations que vous avez inscrites sur cette fiche feront l'objet d'un traitement informatisé. Le droit d'accès et de rectification prévu par les dispositions des articles 34 et suivants la loi 78-17 du 6 janvier 1978, s'exerce auprès de l'Eycho.

Fiche sanitaire

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALE

TRAITEMENT MÉDICAL :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origines (avec la notice) marqués au nom de l'enfant.

ALLERGIES : Préciser les effets et conduite à tenir (si automédication, le préciser)

☐ Asthme |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Médicamenteuses |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Alimentaires |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Autres |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

VACCINATIONS : Joindre une copie du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

☐ Rubéole ☐ Coqueluche ☐ Varicelle ☐ Angines ☐ Rougeole ☐ Otites ☐ Scarlatine

☐ Oreillons ☐ Rhumatismes articulaires aigus

AUTRES : Votre enfant porte-t-il ? (Préciser les conditions d'utilisation et d'entretien spécifiques) :

☐ Des lunettes |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Des verres de contact |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Un appareil dentaire |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Des prothèses |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Autres |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? :

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___