

MERCI DE REMPLIR EN MAJUSCULE

NOM DE L'ENFANT		
PRENOM		
SEXE		
DATE DE NAISSANCE		
TELEPHONE DE L'ENFANT		
Activité pratiquée avec la MJC		
Certificat médical UNIQUEMENT pour les activités socioculturelles sportives	OUI	NON

Représentant légal 1		
NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORTABLE		
ADRESSE MAIL EN MAJUSCULE		
Souhaite recevoir les factures par mail	OUI	NON
ADRESSE POSTALE		

Représentant légal 2		
NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORTABLE		
ADRESSE MAIL EN MAJUSCULE (si différente)		
Souhaite recevoir les factures par mail	OUI	NON
ADRESSE POSTALE (si différente)		

En cas d'URGENCE si vous n'êtes pas joignables :

Nom Prénom.....téléphone.....

Nom Prénom.....téléphone.....

En cas d'urgence, je soussigné (e).....

autorise la MJC Centre social Nini Chaize à prendre toute mesure nécessaire.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant : (autre que les responsables légaux)

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Nom..... Prénom.....Téléphone.....

Si d'autres personnes sont susceptibles de récupérer l'enfant merci de nous le signaler préalablement. **SANS une autorisation écrite l'enfant ne pourra pas partir.**

Régime

Régime	CAF	MSA
N°Allocataire (Obligatoire)		
Quotient Familial		

Autorisation parentale

A rentrer seul après l'activité	OUI	NON
A être transporté dans les véhicules de la MJC	OUI	NON

Droit à l'image

Je soussigné (e).....

autorise par la présente, la MJC Nini Chaize Centre social à **photographier / filmer** mon enfant lors des activités et à utiliser ces images pour tout document de communication interne et externe.

Cette autorisation est valable du 1er septembre 2016 au 31 aout 2017 et pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

Fait le à

Signature