MJC FLEURS SARAGOSSE

19 Bis Avenue de Buros 64000 PAU Tél. : 05.59.02.73.27
Fax : 05.59.30.65.05 Email : mjcdesfleurs@cegetel.fr

ACTIVITÉS MJC

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

Sexe : F ☐ M ☐

Établissement scolaire fréquenté : .....

Activités : 1 : .....
2 : .....

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? Oui ☐ Non ☐
Si oui précisez .....
.....
.....

Votre enfant est-il à jour des vaccins : OUI ☐ NON ☐
Copie du carnet de santé : OUI ☐ NON ☐

Recommandations des parents :
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI ☐ NON ☐
Si oui lequel ? .....

Réservé MJC
Payé le : .....

SVP : merci d'écrire lisiblement

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....Prénom : .....
Adresse : .....
Téléphone 1 (préciser) : .....
Téléphone 2 (préciser) : .....
N° Sécurité sociale : .....
Profession : .....
EMAIL : .....

AUTORISATION DE SOIN

Je soussigné(e) : .....
Responsable de l'enfant : .....
Autorise le responsable de l'accueil de loisirs de la MJC Fleurs Saragosse à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la MJC des Fleurs à utiliser et à diffuser à titre gratuit des films et des photographies réalisées dans le cadre de ses animations.

OUI ☐ NON ☐

AUTORISATION DE SORTIE

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? OUI ☐ NON ☐

Si réponses négative, nom des personnes habilitées à récupérer l'enfant : .....
.....

Pau, le ..... Signature du responsable