



MJC
des
Fleurs

MJC FLEURS SARAGOSSE

19 Bis Avenue de Burosses 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 ?

SVP : merci d'écrire lisiblement

Réservé MJC

Payé le :

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