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

Nom Prénom.....Téléphone:/...../...../...../.....

En cas d'urgence, je soussigné (e)..... autorise
la MJC Centre Social Nini Chaize à prendre toutes mesures nécessaires.

Médecin de famille :

Nom :

Téléphone :

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Lunettes / Lentilles : OUI NON Prothèse auditives ou autre : OUI NON

Allergies : OUI NON

Si OUI, préciser (asthme, médicaments, aliments)

Recommandations / Maladies particulières / autres :

.....

Régime : CAF MSA n° d'allocataire : **Quotient Familial :.....**

J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON

J'autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules de la MJC : OUI NON

Je, soussigné(e) autorise par la présente la MJC CS
Nini Chaize à **photographier / filmer mon enfant et à utiliser ces images** pour tout document de
communication interne et externe.

Cette autorisation est valable du 1er septembre 2018 au 31 août 2019, et pourra être révoquée à
tout moment. La présente autorisation est incessible.

PRISE DE CONNAISSANCE DU PROJET PEDAGOGIQUE

**Nous vous invitons vivement à prendre connaissance du projet pédagogique du
Secteur Jeunes et notamment du règlement intérieur joint à ce document.**

Fait à :

le :

Signature :

**Fournir la photocopie du (des) carnet(s) de vaccinations
et l'assurance scolaire/extra-scolaire**