

AUTORISATION PARENTALE

**SAISON
2018-2019**

Je soussigné,

Demeurant :

Téléphone : / / / /

..... / / / /

..... / / / /

Adresse Mail : @

Déclare autoriser mon fils, ma fille :

- A participer à toutes les activités physiques ou culturelles organisées par MJC-CS, sur le lieu d'accueil, et en dehors de la structure : sortie, camps, randonnées, ...

- A partir seul de la structure après l'activité : OUI Heure : NON

Personnes pouvant récupérer mon enfant à la sortie de la MJC-CS (centre ville ou la Lauze).

Nom et lien de parenté :

- -
- -

Régime alimentaire particulier :

Etablissement scolaire fréquenté :

Renseignements complémentaires :

Nom et prénom du père :

Nom de l'employeur : Téléphone : / / / /

Nom et prénom de la mère :

Nom de l'employeur : Téléphone : / / / /

Certificat médical :

Fournir un certificat médical d'aucune contre indication apparente à la pratique d'activités sportives et aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

Fait à Mazamet,

Le

Signature Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

ENFANT
NOM :
PRENOM :
Né(e) le : / /
N° alloc CAF ou MSA :
Quotient Familial :
Bénéficiaire de l'A.E.H. <input type="checkbox"/> cocher si oui (Allocation Enfant Hancicap.)

REGLEMENT INTERIEUR De la MJC-CS

Au titre de l'article 17 des statuts de l'Association MJC-CS Mazamet

Etre adhérent de la Maison des Jeunes de la Culture-Centre Social de Mazamet, c'est accepter de :

Respecter toutes les personnes :

- Etre polis et aimables en toute occasion,
- Aucun propos racistes, insultes, bagarre, agressions physiques ou verbales ne seront tolérés sur la structure,
- Tenir compte des règles de vie mises en place au sein de la MJC-CS de Mazamet.

Respecter les lieux :

- Pas de dégradations des lieux ou du matériel en animation ou sur le centre,
- Laisser les lieux propres et rangés,
- Interdiction de fumer dans l'enceinte de la M.J.C-CS (structure centre ville et La Lauze)

Respecter les règles d'utilisation :

- Pas d'utilisation du matériel ou des salles sans autorisation d'un animateur
- Respect des horaires d'ouverture et de fermeture
- Interdiction d'introduire des instruments dangereux pouvant blesser les personnes ou détériorer les locaux,
- Aucune substance illicite dans les locaux de la MJC-CS

*Ce règlement est approuvé par chaque membre de l'association
Et signé dès son adhésion.*

**Signature
Du directeur**



**Signature⁽¹⁾
des Parents**

**Signature⁽¹⁾
de l'Enfant**

(1) Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE
REPRESENTATION PHOTOGRAPHIQUE POUR UNE
PERSONNE MINEUR



Je soussigné :

Autorise *N'autorise pas*

La MJC-CS de Mazamet à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tous moyens techniques les photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités de la MJC-CS.

Les photographies pourront être utilisées par la MJC-CS dans divers domaines (plaquette de communication, affichage et exposition, copie à destination des parents, habillage de notre site internet).

Il est entendu que la MJC-CS s'interdit expressément une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée de votre enfant.



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non
 Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

NOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%
 Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
 Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

