

AUTORISATION PARENTALE

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. 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).

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, etc.

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 ? 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ASTHME, etc., and YES/NO options.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, 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 :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

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