

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

FIDÉLISATION À L'ÉQUIPEMENT

- 1<sup>ère</sup> adhésion     Entre 2 et 5 ans     Plus de 5 ans

SITUATION PROFESSIONNELLE DU RESPONSABLE LÉGAL POUR LES MINEURS

- 1  Agriculteur, exploitant  
2  Artisan, commerçant, chef d'entreprise  
3  Cadre, profession intellectuelle supérieure  
4  Profession intermédiaire  
5  Employé  
6  Ouvrier  
7  Chômeur n'ayant jamais travaillé  
8  Au foyer

Temps de travail :  
 temps complet  
 temps partiel

STATUT PROFESSIONNEL DU RESPONSABLE LÉGAL POUR LES MINEURS

- 1  Employeur  
2  Indépendant sans salarié  
3  Salarié du privé  
4  Salarié de l'état ou collectivité locale  
5  Demandeur emploi  
6  Autres

AUTORISATION PARENTALE 2011-2012

- Accueil loisirs   
Accompagnement à la scolarité   
Ateliers (préciser) : .....

Nom et prénom de l'enfant : .....  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/ Garçon  Fille

**Responsable de l'enfant :** .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
☎ domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
☎ portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Courriel : .....@.....

EN CAS D'URGENCE :

☎ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nom et prénom : .....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

Quotient familial : .....  
N° allocataire CAF : .....  
Régime : RG  Fonctionnaire  MSA  Autres   
Nom et prénom du père : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
Nom et prénom de la mère : .....  
Profession : ..... Employeur : .....

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Je soussigné(e) : Mme, Melle, M. : \_\_\_\_\_

Autorise notre enfant à quitter seul les activités :  OUI  NON

Les personnes (autres que les responsables légaux) autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) sont :

Nom et prénom : ..... ☎ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Nom et prénom : ..... ☎ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

▪ Autorise notre enfant à participer à toutes les animations et sorties organisées dans le cadre de l'accueil loisirs, ludo-leçons, en jeux ados, activités structurées et sportives.

▪ M'engage à prévenir l'Antipode MJC pour tout changement de situation (familiale, adresse, téléphone, santé de l'enfant, etc.)

▪ M'engage à donner en temps voulu une autorisation écrite à l'Antipode MJC si ponctuellement une autre personne devait venir chercher mon enfant.

▪ Autorise les animateurs/intervenants de l'Antipode MJC à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités afin de les publier à buts non commerciaux (articles journaux, brochures internes, films, site Internet de la structure).

OUI

NON

L'Antipode MJC décline toute responsabilité concernant **les vols et les dégradations** d'objets personnels.

De plus, nous vous informons de la nécessité de prendre une **assurance de responsabilité civile extra-scolaire** pour les risques liés aux activités de loisirs.

La responsabilité de l'Antipode MJC **est engagée pendant les heures effectives de fonctionnement**. En aucun cas l'Antipode MJC **ne saurait être engagée pour les temps de trajet et d'attente avant et après les heures programmées** concernant toutes les activités.

Il est de plus de la responsabilité des parents de s'informer si l'activité (stage, atelier, accueil, etc.) a effectivement lieu. Si, pour des raisons exceptionnelles, l'intervenant devait être absent, votre enfant serait invité à retourner chez lui.

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Nom du médecin traitant : .....

☎ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

### Vaccinations :

Merci de reporter le vaccin ci-dessous ou nous apporter le carnet de santé au moment de l'inscription pour la photocopie du vaccin.

DT POLIO  OUI  NON

Date du dernier vaccin : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.*

### Renseignements concernant l'enfant :

Votre enfant a-t-il des troubles de santé (ex : asthme, eczéma, épilepsie, etc.)

OUI

NON

**ALLERGIES** alimentaires, médicamenteuses, autres (animaux, plantes, pollen) :

OUI

NON

Si oui, à préciser et joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (merci de signaler si automédication) :

.....  
Autres recommandations utiles des parents (difficultés de santé, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, etc.)  
.....

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Signature