

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT : (Père, Mère ou Tuteur)

Nom du Père : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile : _____ Tél Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____ Tél Travail : _____

(si père ou mère absent au foyer, inscrire : absent)

Nom de la Mère : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél Domicile : _____ Tél Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____ Tél Travail : _____

(si mère absente au foyer, inscrire : mère absente)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allocataire : CAF MSA AUTRE

N°Allocataire : _____ Montant Quotient familial : _____

 **Sans justificatif du Quotient Familial, le tarif " QF >1500 € " sera appliqué.**

Autres personnes susceptibles d'accompagner/récupérer l'enfant (Nom, Prénom, N°Tel, qualité)

Medecin traitant : _____ Tél : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné (préciser Nom et Prénom) _____

- autorise mon enfant à participer aux activités de la MJC OUI NON

- autorise les responsables de la MJC, à prendre, sur avis médical, toutes les mesures
rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale ou chirurgicale)
OUI NON

- autorise les animateurs et responsables de la MJC à photographier/filmer mon enfant et à utiliser
les images pour des supports de communication de la MJC OUI NON

Fait à

le

Signature