

## 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 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 sorties 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