

NOM / PRENOM :

né(e) le :

AACS :

**PERE :**

Adresse :

Mail :

Téléphone :

**MERE :**

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** (hors maladies infectieuses ou bactériennes) pendant la saison ?

Oui  Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... précisez.

Je soussigné(e).....  
responsable légal de l'enfant .....

Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur de la MJC ;

Autorise le responsable de l'activités à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) par l'état de santé de mon enfant suivant les prescriptions du médecin ;

Je m'engage à communiquer tous changements concernant ce dossier (adresse, téléphone, situation familiale...) ;

Prends acte que dans le cadre des animations, la MJC peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (journaux, affiches, plaquettes à thèmes, site internet, réseaux sociaux, ...) ;

Donne mon consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant. Dans le cas contraire, je m'engage à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée précisant mon refus.

Je m'engage à respecter les modalités suivantes :

Vérifier la présence de l'animateur dans le lieu de l'activité avant de laisser mon enfant,

Récupérer mon enfant auprès de l'animateur à l'heure précise de fin du cours.

Certifie sur l'honneur les renseignements ci-dessus sont corrects.

Fait à .....le ..... Signature :



# RENSEIGNEMENTS AACS ENFANT (3-11 ans) 2021-2022

NOM / PRENOM :

né(e) le :

AACS :

**PERE :**

Adresse :

Mail :

Téléphone :

**MERE :**

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** (hors maladies infectieuses ou bactériennes) pendant la saison ?

Oui  Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : .....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... précisez.

Je soussigné(e).....  
responsable légal de l'enfant .....

Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale ;

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur de la MJC ;

Autorise le responsable de l'activités à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) par l'état de santé de mon enfant suivant les prescriptions du médecin ;

Je m'engage à communiquer tous changements concernant ce dossier (adresse, téléphone, situation familiale...) ;

Prends acte que dans le cadre des animations, la MJC peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer ses supports de communication (journaux, affiches, plaquettes à thèmes, site internet, réseaux sociaux, ...) ;

Donne mon consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant. Dans le cas contraire, je m'engage à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée précisant mon refus.

Je m'engage à respecter les modalités suivantes :

Vérifier la présence de l'animateur dans le lieu de l'activité avant de laisser mon enfant,

Récupérer mon enfant auprès de l'animateur à l'heure précise de fin du cours.

Certifie sur l'honneur les renseignements ci-dessus sont corrects.

Fait à .....le ..... Signature :