



MJC de Chambéry

311 Fbg Montmélian -73000 CHAMBERY

Tél. : 04.79.85.05.84 Fax. : 04.79.33.64.59

info-jeunes@mjc-chambery.com

accueil@mjc-chambery.com

AUTORISATION PARENTALE ANNUELLE

Participation aux activités et sorties organisés par le Secteur Jeunes

Du 1er septembre 2023 au 31 août 2024.

Je soussigné (e), être le responsable légal :

Nom :

Prénom :

Adresse Postale :

Téléphone :

Adresse mail : @

Situation professionnelle d'un ou des responsable légal·aux : employé enseignant profession libérale
 cadre sup. cadre moyen comm/artisan demandeur d'emploi étudiant formation sans profession
 retraité

Atteste être le responsable légal de l'adolescent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Et déclare l'autoriser à choisir et à participer aux activités, spectacles, sorties proposées par le secteur jeunes pour les jeunes, du 1er septembre 2023 au 31 août 2024. Cela peut se dérouler au cours de la journée et/ou en soirée.

Il est demandé aux jeunes de prévoir une tenue adaptée à l'activité, ainsi que parfois un pique-nique, selon le créneau horaire sur lequel se déroule l'activité, la sortie.

Enfin, la responsabilité de la MJC se limitera exclusivement au temps de l'activité et au transport.

A la fin de l'activité, j'autorise mon enfant à :

Rentrer seul après l'activité, si elle se passe en journée

Rentrer seul après l'activité, si elle se passe en soirée

Rentrer avec un de ses parents, membres majeurs de sa famille : le soir la journée

Nom et Prénom

DROIT À L'IMAGE : Je cède à la MJC de Chambéry les droits que je détiens sur l'image de mon enfant telle que reproduite sur les photos et les vidéos réalisées par celle-ci. J'autorise la MJC de Chambéry à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique ces images sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part. Je n'autorise pas la MJC de Chambéry à céder elle-même et sans me consulter ces images à des tiers.

NOS TARIFS (ajustement de la tarification selon le coefficient familial) :

ADHÉSION AU SECTEUR JEUNES (MOINS DE 18 ANS = 5€) : €

COTISATION ACCUEIL DE PRATIQUES (PARKOUR 80€ maximum / AUTRES PRATIQUES 40€ maximum) : €

Quotient Familial (attestation CAF à montrer lors de l'inscription) :

Conformément à la loi RGPD, protection des données, j'autorise la MJC à exploiter mes données personnelles et médicales dans le cadre du suivi administratif.

Fait à Chambéry le :2023/2024

Signature du ou des parents :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs.)

1-VACCINATION - (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons Rougeole	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids kg / Taille cm (information importante en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un certificat précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire, auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM MÉDECIN TRAITANT :

TEL MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :