

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville.....

Téléphone..... Portable.....

Email.....

N° allocataire CAF ou MSA :..... J'autorise l'accès à CAF PRO : oui non

Déclare inscrire mon enfant Nom/Prénom :

Né(e) le :

A la pratique des activités organisées par la MJC de Montrond-les-Bains.

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la MJC à prendre toutes décisions :

-Pour une éventuelle hospitalisation

- Pour une consultation médicale

Je m'engage ainsi à rembourser les frais éventuels d'hospitalisation pour des soins.

Fait à, Le

Signature du responsable légal,

RETOUR NON ACCOMPAGNE EN FIN DE JOURNEE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (Nom/Prénom)

Autorise les responsables de la MJC de Montrond-les-Bains, à laisser partir seul mon enfant

(Nom/prénom) Et ce dès le retour des activités.

Fait àLe

Signature du responsable légal,

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (Nom/Prénom)

Autorise les responsables de la MJC de Montrond-les-Bains, à publier des photos de mon enfant (NOM/Prénom)

OUI

NON

Loi RGPD « Informatique et libertés »

Les informations recueillies sur ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par les responsables de la structure et sont destinées à un usage interne uniquement. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre fréquentation de la MJC et seront anonymisées 3 ans au plus tard après votre dernière inscription.

J'accepte

Je refuse

PIECES A FOURNIR

La photocopie du carnet de vaccination.
Dossier d'inscription et fiche sanitaire dûment remplis