

AUTORISATION PARENTALE

ENFANT

| - 1862 | 101000 | PRENOM: |
|--|--------------------------------|--|
| Responsable légal: Je soussigné, | | Né(e) le : |
| Demeurant : | | Quotient Familial: |
| | | Bénéficiaire de l'A.E.H. cocher si oui (Allocation Enfant Hancicap.) |
| Téléphone ://///// | | |
| Adresse Mail : | e | |
| Employeur: | Téléphone :/ | /// |
| Déclare autoriser mon fils, ma fille (rayez | la mention inutile): | |
| - A participer à toutes les activités phy d'accueil, et en dehors de la structure : : | • | |
| - A partir seul de la structure après l | l'activité : 🔲 OU | I Heure:NON 🗌 |
| Personnes pouvant récupérer mon enfant à l Nom et lien de parenté : - | a sortie de la MJC-CS (ce - | ntre ville ou la Lauze). |
| - | - | |
| Régime alimentaire particulier: Végétar | ien 🗌 Sans Porc | Aucun 🗌 |
| Etablissement scolaire fréquenté : | | |
| Autre responsable légal: | | |
| Nom Prénom : Adresse: | | • |
| Téléphone :///// | | |
| Adresse Mail : | <u>e</u> | |
| Employeur: | Téléphone : | / / / |
| Certificat médical : | | |
| | | |

Fournir un certificat médical d'aucune contre indication apparente à la pratique d'activités sportives et aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

| Saison 2020-2021 | Date et signatures : |
|------------------|----------------------|
| Saison 2021-2022 | Date et signatures : |
| Saison 2022-2023 | Date et signatures : |
| Saison 2023-2024 | Date et signatures : |
| Saison 2024-2025 | Date et signatures : |

REGLEMENT INTERIEUR De la MJC-CS

Au titre de l'article 17 des statuts de l'Association MJC-CS Mazamet

Etre adhérent de la Maison des Jeunes de la Culture-Centre Social de Mazamet, c'est accepter de :

Respecter toutes les personnes :

- o Etre polis et aimables en toute occasion,
- Aucun propos racistes, insultes, bagarre, agressions physiques ou verbales ne seront tolérés sur la structure,
- o Tenir compte des règles de vie mises en place au sein de la MJC-CS de Mazamet.

Respecter les lieux :

- o Pas de dégradations des lieux ou du matériel en animation ou sur le centre,
- o Laisser les lieux propres et rangés,
- o Interdiction de fumer dans l'enceinte de la M.J.C-CS (structure centre ville et La Lauze)

Respecter les règles d'utilisation :

- O Pas d'utilisation du matériel ou des salles sans autorisation d'un animateur
- o Respect des horaires d'ouverture et de fermeture
- o Interdiction d'introduire des instruments dangereux pouvant blesser les personnes ou détériorer les locaux,
- o Aucune substance illicite dans les locaux de la MJC-CS

Ce règlement est approuvé par chaque membre de l'association Et signé dès son <u>adhésion</u>.

Signature Signature Signature des Parents Signature de l'Enfant

18

(1) Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION PHOTOGRAPHIQUE POUR UNE PERSONNE MINEUR



Je soussigné:.....

| Autorise \square | \mathcal{N} autorise pas \square | |
|--------------------|--------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

La MJC-CS de Mazamet à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tous moyens techniques les photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des activités de la MJC-CS.

Les photographies pourront être utilisées par la MJC-CS dans divers domaines (plaquette de communication, affichage et exposition, copie à destination des parents, habillage de notre site internet).

Il est entendu que la MJC-CS s'interdit expressément une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée de votre enfant.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



| 1 - ENFANT | NOM: | PRÉNOM: | |
|------------|-----------------|---------|--|
| o constitu | EICHE SANITAIDE | | |

DATE DE NAISSANCE:

FILLE

CARÇON 🗆

DATES ET LIEU DE SÉJOUR:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|-------------------------|-----|-----|------------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyelite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui □ non □

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de** médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

| SCARLATINE | NON | | | oui 🗆 non | | gnaler) |
|--|---------|------------|-----|-----------------|---------------|---|
| L'ENFANT A T-IL DEJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? VARICELLE ANGINE ARTICULAIRE AIGU | NON | OREILLONS | NON | MÉDICAMENTEUSES | AUTRES | PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler) |
| DÉJA EU LES MALA ANGINE | NON | ROUGEOLE | OUI | N □ non □ ino | A □ non □ ino | CONDUITE À TENII |
| L'ENFANT A T-IL VARICELLE | NON | OTITE | OUI | ASTHME | ALIMENTAIRES | E DE L'ALLERGIE ET LA |
| RUBÉOLE | NON INO | COQUELUCHE | NON | ALLERGIES: | | PRÉCISEZ LA CAUSI |

| INDIQUEZ CI-APRES: LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. |
|---|
| 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS: VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC PRÉCISEZ. |
| L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? Oui non 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR : NOM : |
| ADKESSE (pendant le sejour) : TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : |
| N° SÉCURITÉ SOCIALE : NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : |
| L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL: □ DE LA CMU □ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100% Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS). |
| Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. |
| DATE: A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES |
| |