

INSCRIPTION(S) ACTIVITE(S) ADHERENT (+ de 16 ans)

Activité	Jour	Heure	Tarif	« Coup de pouce Aîné »	Total

INSCRIPTION(S) ACTIVITE(S) ENFANT(S)

NOM : Sexe : Féminin / Masculin

Prénom :

Date de naissance : N° téléphone (s'il y a) :

Activité	Jour	Heure	Tarif	« Coup de pouce »	Total

NOM : Sexe : Féminin / Masculin

Prénom :

Date de naissance : N° téléphone (s'il y a) :

Activité	Jour	Heure	Tarif	« Coup de pouce »	Total

NOM : Sexe : Féminin / Masculin

Prénom :

Date de naissance : N° téléphone (s'il y a) :

Activité	Jour	Heure	Tarif	« Coup de pouce »	Total

Montant adhésion : Total activité(s) : TOTAL :		Mode de règlement : Chèques / Espèces Nom de banque : Chèque n° : Chèque n° : Chèque n° :
---	--	---

Date :

Signature :

NOM et prénom de l'enfant :

AUTORISATIONS

Droit à l'image :

J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'équipe de la MJC à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées. Les images pourront être utilisées dans la communication locale (articles relatant les initiatives dont la MJC est partenaire dans le bulletin municipal, campagne de communication ou d'information, soit sous la forme d'imprimés, d'articles de presse, de vidéos ou de photos).

Autorisation médicale :

J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) la MJC à prendre toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise une personne référente de l'association à médicaliser mon enfant uniquement à ma demande et sur présentation d'une ordonnance.

Merci de signaler tout problème relatif à la santé de votre enfant (allergies, régime particulier, port de lunettes ou d'appareil auditif,...)

Date :

Signature :