

ACTIVITES : _____

DATE : _____ NOM : _____

PRENOM : _____

ACTIVITES - MJC PHILIPPE DESFORGES
27 RUE DE LA REPUBLIQUE - 54 000 NANCY - TEL : 03 83 27 40 53

Je soussigné, Mr ou Mme _____ autorise mon enfant à :

RENTRE SEUL

J'autorise *

mon enfant à quitter seul la M.J.C à la fin de son activité.

Je n'autorise pas *

Signature

* Rayer la mention inutile

ABSENCES

Si je suis absent et ne peux venir chercher mon enfant, j'autorise Monsieur ou Madame _____ à le prendre en charge à la fin de son activité.

Signature

MALADIE OU BLESSURE

J'autorise le responsable de la M.J.C. à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou de blessure entraînant l'hospitalisation de mon enfant. Je souhaite qu'il soit dirigé vers la Clinique ou l'Hôpital _____

En cas de non-réponse, votre enfant sera conduit à l'Hôpital d'enfants CHU de Brabois.

Signature

PHOTOGRAPHIES

J'autorise la M.J.C à photographier ou filmer mon enfant seul ou avec d'autres dans le cadre des activités de la structure et à publier, éventuellement, ces documents (presse, plaquettes M.J.C, programmes ...)

Signature