

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CENTRE DE LOISIRS - MJC PHILIPPE DESFORGES
27 RUE DE LA REPUBLIQUE - 54 000 NANCY
TEL : 03 83 27 40 53 - centredeloisirs@mjc-desforges.com

Je soussigné, Mr ou Mme autorise mon enfant à :

RENTREUR SEUL

J'autorise *

Je n'autorise pas *

mon enfant à quitter seul la M.J.C à la fin de sa journée de Centre de Loisirs

Signature

* Rayer la mention inutile

ABSENCES

Si je suis absent et ne peux pas venir chercher mon enfant, j'autorise Monsieur ou Madame
à le prendre en charge à la fin de sa journée de CLSH.

Signature

MALADIE OU BLESSURE

J'autorise le responsable du CLSH à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou de
blessure entraînant l'hospitalisation de mon enfant en se conformant à la fiche sanitaire ci-jointe.

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 du 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,
programme, Internet)

Signature