

COORDONNEES

NOM Prénom..... Sexe: M F
 Date de naissance.....
 Adresse
 Tél:

E-Mail :

Attention: Certificat médical obligatoire pour les activités physiques

DROIT A L'IMAGE

Acceptez-vous que votre image et/ou celle de vos enfants soit utilisée pour les supports graphiques, vidéo et site internet de la MJO

Oui Non

Autorisation parentale

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les ateliers ou l'accueil de loisirs

Je, soussigné(e).....
 responsable de l'enfant.....

autorise les responsables de la MJO (directeur, animateurs, bénévoles) à prendre toutes mesures nécessaires (y compris hospitalisation) en cas d'accident ou d'incident survenant à l'enfant ci-dessus désigné lors de la pratique des activités MJO pour lesquelles il est inscrit **et dont la cotisation a été réglée.**

Je certifie que mon état de santé me permet de pratiquer les activités ci-dessous.

ACTIVITES

Choix Activités :

- ✓ Activités 1 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 2 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 3 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 4 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 5 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 6 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 7 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 8 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 9 : Créneaux horaires
- ✓ Activités 10 : Créneaux horaires

Date Signatures

www.maison-jeunes-oisans.fr