

AUTORISATION DE CAPTATION ET D'EXPLOITATION D'IMAGE

Je soussigné·e :

Demeurant :

Autorise à titre gracieux, l'association Antipode MJC Rennes représentée par sa directrice, Stéphanie Thomas-Bonnetin à photographier, filmer, enregistrer les personnes dans le cadre des activités de l'Antipode.

L'adulte, en tant que représentant·e légal·e, nom + prénom : Le/La ou les

enfant·s, nom + prénom :

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, j'autorise l'Antipode à fixer, reproduire et communiquer au public les supports effectués.

Les photographies, vidéos, sons peuvent être ainsi exploités et utilisés dans le cadre des actions d'information et de communication de l'Antipode, plus précisément :

- Par tous les canaux de communication de l'Antipode, support papier et numérique dans le cadre de l'information, la présentation ou la valorisation des activités de l'association

L'Antipode s'engage à ne procéder à aucune exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité des personnes.

Fait à :

Le :

Signature :

ANTIPODE

maison des jeunes et des cultures

SAISON 2024-2025

ACCUEIL & ACTIVITÉS JEUNESSE
FORMULAIRE INSCRIPTION ET ADHÉSION MINEUR ET MAJEUR

1 - INFORMATIONS

NOM + PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

COMPTE INSTAGRAM :

TÉLÉPHONE PORTABLE A CONTACTER EN PRIORITÉ : NOM DU

RESPONSABLE LÉGAL :

PRÉNOM :

MAIL (EN MAJUSCULE) : TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE :

NOM DU RESPONSABLE 2 :

(SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE DU MINEUR)

PRÉNOM :

MAIL (EN MAJUSCULE) : TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE :

N° ALLOCATAIRE CAF / OBLIGATOIRE : QUOTIENT

FAMILIAL :

2 - LA VACCINATION

DT POLIO - DATE DU DERNIER VACCIN :

- AVEC COPIE DU CARNET DE VACCINATION
 CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

UN TRAITEMENT MÉDICAL ? (OUI / NON) :

Joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI), une ordonnance récente, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées du nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament n'est administré sans ordonnance.

ALLERGIES ? (OUI / NON) :

SI OUI, LESQUELLES :

Si oui, joindre le certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

PROBLEME DE SANTÉ (OUI / NON) :

Votre enfant présente un problème de santé qui nécessite une information de votre part ? Si oui, précisez :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, précisez :

3 - ADHÉSION

DATES DE L'ADHÉSION	MODE DE RÉGLEMENT	-	-	-
		ADHÉSION ANNUELLE OBLIGATOIRE		1 €
		AUTRE ADHÉSION PONCTUELLE*		6 €
-	-	-	TOTAL	€

* Cette adhésion complémentaire est nécessaire lors de déplacement ou de séjours vacances

Je soussigné-e :

responsable légal-e de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

4 - INTÉRÊTS	Ça m'intéresse ?		
	Pas trop	Un peu	Carrément !
L'accueil jeunes (activités, sorties, lieu...)			
Les activités artistiques (peinture, graffiti, construction, dessin...)			
Les activités sportives (jeux collectifs, sorties sportives)			
Les activités multimédias (jeux vidéo)			
Les camps de vacances et séjours			
Les chantiers d'autofinancements			
Être bénévole à l'Antipode pendant les concerts			
Le cursus rap (cours, freestyles, enregistrements)			
L'accompagnement de projet (CV, stages, emploi, projets perso)			

Qu'aimerais-tu faire en plus à l'accueil jeunes ?