

AUTORISATION DE CAPTATION ET D'EXPLOITATION D'IMAGE

Je soussigné-e Madame /

Monsieur :

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 officiel de l'Antipode, supports papiers et numériques 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 ENFANCE FORMULAIRE
INSCRIPTION ET ADHÉSION MINEUR

INSCRIPTION AUX ATELIERS PÉRISCOLAIRES

Fermeture à 18h45.

ATELIER 1	CUISINE	LUNDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 2	YOGA	LUNDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 3	CUISINE	MARDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 4	BIBLIO'CHOQUETTE	MARDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 5	NUMÉRIQUE	JEUDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 6	ARTS PLASTIQUES	JEUDI	SOIR	16H45	17H45	
ATELIER 7	CUISINE	JEUDI	SOIR	16H45	17H45	

AUTORISATION PARENTALE - FICHE DE LIAISON SANITAIRE

1 - RAPPEL DES INFORMATIONS NOM +

PRÉNOM DU MINEUR :

DATE DE NAISSANCE :

ÉCOLE :

ATELIER :

TÉLÉPHONE PORTABLE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL :

PRÉNOM :

MAIL (EN MAJUSCULE) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE : NUMÉRO

ALLOCATAIRE CAF :

NOM DU RESPONSABLE 2 :

PRÉNOM :

MAIL (EN MAJUSCULE) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

CODE POSTAL + VILLE :

2 - AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à rentrer seul après son activité
- J'autorise d'autres personnes à venir chercher mon ou mes enfants

NOM + PRÉNOM :

NOM + PRÉNOM :

J'autorise les animateur·trices à venir chercher mon ou mes enfant(s) à l'école Champion de Cicé ou Simone Veil les mercredis à 12h00 pour l'accompagner à l'accueil de loisirs.

J'autorise les animateur·trices à venir chercher mon ou mes enfant(s) à l'école Champion de Cicé ou Simone Veil à 16h00 le lundi, mardi ou jeudi pour l'accompagner à l'accueil de loisirs.

3 – 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

4 - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT 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, comportement de l'enfant, sommeil, précisez :

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 :