

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Quotient Familial (fournir le justificatif de la CAF ou MSA) :

Adresse Mail :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

OMJS

10, avenue de besserette - 15100 Saint-Flour

omisstflour@gmail.com

04.71.60.16.00

IV – Départ du mineur :

Je soussigné(e) agissant en tant que père / mère, représentant légal de l'enfant
..... déclare autoriser les personnes suivantes à récupérer l'enfant nommé ci-dessus à
l'ACM dénommé

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone : Lien avec l'enfant :

Signature :

V – Droit à l'image :

Je soussigné(e) agissant en tant que père / mère, représentant légal de
l'enfant autorise :

la prise de photographie le représentant dans le cadre des activités de l'OMJS

la diffusion et la publication de photographies le représentant sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion des activités mises en place par l'OMJS (Site Internet, Presse, Réseau sociaux)

n'autorise pas la prise ou la diffusion de photos représentant mon enfant sur les différents supports de communication

Signature :