

Fiche Membre (3€)

Valable pour toutes les activités jusqu'au 31.12.26

// Lejeune

Nom & prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de GSM :

Mail :

Etablissement scolaire :

Loisirs :

// Personne responsable

☐ Tuteur ☐ Parent

Nom & prénom :

N° de GSM :

Mail :

- ☐ J'accepte la prise de photos du jeune dans le cadre des activités de la MJ.
- ☐ J'accepte la publication de ces photos via les canaux de communication de la MJ.
- ☐ En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies ci-dessus soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter.
- ☐ En soumettant ce formulaire j'accepte de recevoir la Newsletter.

Signature de la
personne responsable :

Signature
du jeune :

Fiche Médicale

// Médecin traitant

Nom :

Adresse :

N° téléphone :

// Lejeune souffre-t-il d'une des affections suivantes ?

Affection cardiaque OUI - NON

Affection cutanée OUI - NON

Asthme OUI - NON

Epilepsie OUI - NON

Handicap moteur OUI - NON

Diabète OUI - NON

// Lejeune suit-il un traitement actuellement ?

OUI - NON

Si oui, lequel ?

// Ya-t-il des contre-indications ou des restrictions médicales concernant le jeune ?

OUI - NON

Si oui, lesquelles ?

// Lejeune est-il allergique ou particulièrement sensible ? Médicaments ? Matières ou aliments ? Animaux ou insectes ?

OUI - NON

Si oui, lesquelles ?

Autorisation "mesure d'urgence médicale"

Je soussigné(e) (nom et prénom de la personne responsable), père - mère - tuteur de

autorise par la présente les responsables de la MJ l'Aventure à prendre toute décision urgente visant à préserver la vie et la santé du jeune nommé ci-dessus, au cas où ni moi-même, ni une autre personne désignée sur la fiche médicale ne pourrait être contactée dans un délai raisonnable.

Par cet accord, je décharge ces mêmes responsables de toute responsabilité relative aux conséquences qu'une telle décision pourrait entraîner.

Signature :