

AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE
(Pour une personne mineure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant ou des enfants

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

☐ La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant.

☐ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant dans le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après :

site Internet des PEP, site Internet des PEP28, plaquette de communication pour l'ADPEP28 et autres publications diverses en rapport avec les PEP28 ou la fédération des PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Internet de la Ville et Communauté de Communes d'implantation de la structure accueil de loisirs, petite enfance, centre social, centre de découvertes.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à : Le : / /
(Signature) Signature précédée de la mention manuscrite
« Bon pour accord »



La solidarité en action

38 rue Charles Renard

28350 St-Lubin des Jts

Tél : 02.32.58.15.70 Fax : 02.32.58.42.66

Siret : 77557534300212

Photo

Fiche Sanitaire

☐ Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel

☐ Accueil de Loisirs 6-14 ans Élémentaire

NOM :

Prénom :

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance :

Entrée le :/...../.....

Maj le :/...../.....

Maj le :/...../.....

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse : () oui () non
Précisez :

Autorisation intervention médicale () oui () non
Certificat médical présent avec ce document () oui () non
Médecin traitant :

Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, atteint de handicap...) () oui () non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives....etc
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Fait à Signature,
Le Le

Tél. domicile :
Tél. Professionnel :
Tél portable :

Email :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

Nom : Prénom :
 Adresse :

N° de Sécu :Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

Nom : Prénom :
 Adresse :

N° de Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives...etc

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné,

.....

l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Signature,
Le

.....titulaire de
l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et auto-
rise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement
médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Fait à
Le
Signature,



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polionydie				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				Méningocoque	
BCG					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)..... BUREAU :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare
exactes 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent
votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs.

Merci de noter de nouveau tous ces renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

Mère :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Père :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

.....
Téléphone :

.....
Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

.....
.....
.....
.....

A Saint-Lubin des Joncherets,

Le 1er Septembre 2020,

Chers parents, chers adhérents,

Dans le cadre d'une recherche d'économies de nos dépenses de fonctionnement, nous vous informons que l'Association PEP 28 se propose de vous envoyer votre facture Multi Accueil/Accueil de loisirs par format électronique (PDF) par l'intermédiaire de votre adresse courriel.

Afin de nous permettre de vous adresser votre facture par mail, nous vous remercions de compléter le formulaire ci-dessous.

✂.....

NOM de famille :

NOM et Prénom de l'enfant :

☐ Je vous communique mon adresse mail valide :

..... @

et accepte de recevoir ma facturation par courriel. Je m'engage à vous informer de tout changement dans un court délai.

Pour le règlement, vous pouvez éditer vous-même la facture et nous la transmettre accompagnée du règlement ou indiquer le n° de la facture au dos de votre chèque.

☐ Je ne souhaite pas recevoir ma facture par mail.

Certifie accepter les conditions ci-dessus,

Signature du responsable légal

Détermination du Tarif Journalier/Accueil de loisirs/Accord sur participation

ENTRE :

L'Association des PEP 28 représentée par la Coordinatrice Muriel BOGDANOWICZ,

ET :

MONSIEUR

MADAME

NOM _____

NOM _____

Prénom _____

Prénom _____

Adresse _____

Nom de jeune fille _____

CP _____ Ville _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

N° allocataire CAF :

REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX) DE :

NOM / PRENOM de l'enfant _____

Nous avons procédé à la mise à jour des tarifs avec les revenus de l'année.....

Source : (Cafpro ou avis d'imposition)

Revenus annuels : €

Nombre d'enfants :

Tarif journalier = $\text{revenus}/12^*$ = indiquer le tarif journalier suivant grille tarifaire (au verso)

.....

Ce tarif journalier est applicable à compter de

Fait à Saint Lubin des Joncherets, le _____

Signature
des parents,

Visa de la Coordinatrice,

Dossier complet



- ☐ La Nouvelle fiche sanitaire de liaison avec photo d'identité obligatoire
- ☐ N° Allocataire CAF
- ☐ La photocopie des vaccinations
- ☐ Assurance responsabilité civile.