

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(s).
- ☐ La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant(s) 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.

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 »



Photo

Fiche Sanitaire

SAINT LUBIN DES
JONCHERETS

- ☐ Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel
- ☐ Accueil de Loisirs 6-12 ans Elémentaire
- ☐ Accueil de Loisirs 12-14 ans Ados

NOM :

Prénom :

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance :



Code de l'Action Sociale et des Familles



1 – ENFANT

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARCON ☐ FILLE ☐

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'enfant a-t-il un PAI (**Projet d'accueil individualisé**) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, le PAI est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, si sans PAI

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		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)

[illegible]

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A 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..... PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

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

Je soussigné(e),..... 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.

Date :

Signature :

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 les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

Mère :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Père :

Domicile :

Professionnel :

Portable :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

Nom :

Téléphone :

Nom :

Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

.....

.....

.....

Dans le cadre d'une recherche écologique, nous vous informons que l'Association PEP28 se propose de vous envoyer vos factures 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 PRENOM 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 numéro de la facture au dos du chèque.

☐ Je ne souhaite pas recevoir ma facture par mail

Certifie accepter les conditions ci-dessus

Signature du titulaire de l'autorité parentale :

Liste des documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- ✓ Fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Fiche sanitaire ci-jointe avec photo obligatoire
- ✓ Numéro allocataire CAF ou photocopie du dernier avis d'imposition
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires