



La solidarité en action

**Autorisation individuelle
d'être filmé(e), photographié(e) et/ou interviewé(e) puis diffusé(e)**

Je soussigné(e):

Nom :

Prénom :

Titulaire de l'autorité parentale de :

- Autorise l'association des PEP 28 à faire des photographies et/ou des vidéos de mon enfant le représentant dans la cadre des activités gérées par l'association et à exploiter/diffuser ces prises de vues dans le but unique de promouvoir les activités.

En conséquence, j'autorise l'association PEP 28 à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais du site internet des PEP 28, des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou la Fédération des PEP, des publications et sites Internet de la Ville et la Communauté de communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées, les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site Internet et autres).

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des images prises ou tournées.

La durée de vie de cette autorisation est illimitée dans le temps.

- Refuse la participation de mon enfant aux reportages (photos, films, interviews) réalisés par l'association PEP 28.

Fait àle

Signature du titulaire de l'autorité parentale

Version 1 du 13/09/2016

PEP28 - 83 Rue de Fresnay 28000 Chartres - 02 37 88 14 14



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

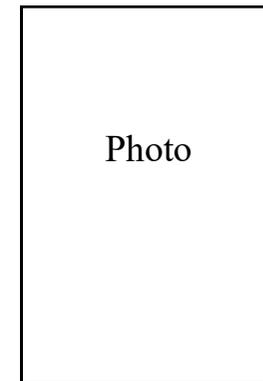
NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

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 »

Fiche Sanitaire

BREZOLLES / LAONS

Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel

Accueil de Loisirs 6-14 ans Elémentaire

NOM :

Prénom :

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance :

Entrée le : / /

Maj le : / /

Maj le : / /

TITULAIRE DE L'AUTORITE PRENTALE :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : Email :

Tél. Professionnel :

Tél portable :

N° de Sécu :Centre de Sécu :

Employeur : Profession :

Ressortissant régime

() CAF N° CAF :

() MSA N° MSA :

() Autre

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

PARENT 1

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : Email :

Tél. Professionnel :

Tél portable :

N° de Sécu :Centre de Sécu :

Employeur : Profession :

PARENT 2

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Tél. domicile : Email :

Tél. Professionnel :

Tél portable :

N° de Sécu :Centre de Sécu :

Employeur : Profession :

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, en situation de handi-cap...) () 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.e

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

Fait à

Signature,

Le