

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

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 **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 DEL'ENFANT

NON..... PRENOM.....

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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON FILLE

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	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICALE 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**).

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	



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 le cadre des activités gérées par l'espace jeunes de la CCFP 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 et de ses réseaux sociaux, des publications diverses en rapport avec l'espace jeunes de Senonches, des publications et sites Internet de la Communauté de communes des forêts du Perche 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 du jeune aux reportages (photos, films, interviews) réalisés par l'association PEP 28.**

Fait àle

Signature du titulaire de l'autorité parentale



DEMANDE D'AUTORISATIONS

ESPACE JEUNES CCFP

Juillet 2022 – Juin 2023

Je soussigné(e) : NOM :Prénom :

Titulaire de l'autorité parentale du jeune :

- Autorise le jeune à participer à toutes les activités menées dans le cadre de l'Espace Jeunes (y compris les activités spécifiques : piscine, VTT, tir à l'arc...).
- Atteste que le jeune est déclaré apte à la pratique sportive et qu'il possède une assurance extrascolaire.
- Autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à faire hospitaliser voire opérer le jeune en cas d'urgence*

Droit à l'image (Voir document ci-joint)

Décharge de responsabilités

- Autorise le jeune à rentrer seul à la fin des activités
sur le temps du midi (12h30 – 13h30) ou le soir à partir deh..... *
- Autorise les personnes suivantes à venir récupérer le jeune à l'espace Jeunes
sur le temps du midi (12h30 – 13h30) ou le soir à partir deh..... *

Nom / prénom : Lien :

Nom / prénom : Lien :

Nom / prénom : Lien :

Ces personnes doivent impérativement être munies d'une pièce d'identité.

*** Rayer la mention inutile**

(Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** »).

Date et signature :