

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 :

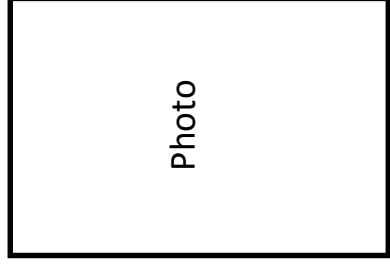
AUTORISE (cochez les cases utiles) :

- 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 fédérations PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Inter-net de la Ville et Communauté de Communes d'implantation de la structure accueille 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 »



Photo

Fiche Sanitaire

BREZOLLES

ESPACE JEUNES

NOM :

Prénom :

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance :/...../.....

Entrée le :/...../.....

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

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

TITULAIRE DE L'AUTORITE PRENTALE :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél. domicile :
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 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.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 nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Signature,
Le
.....