

AUTORISATION PARENTALE DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame....., responsable(s) de l'enfant..... autorise(nt) l'Espace Jeunes à filmer ou photographier mon enfant dans un but strictement professionnel (articles de presse, photos souvenirs, mini film d'animation)

Fait à

Le

Signature parent(s) :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE (Jeune)

Je soussigné(e) (nom et prénom du jeune) autorise l'Espace Jeunes à me filmer ou me photographier dans un but strictement professionnel (articles de presse, photos souvenirs, mini film d'animation)

Fait à

Le

Signature du jeune

AUTORISATION DE SORTIE ET RETOUR NAVETTE

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame....., détenteur (trice) de l'autorité parentale et du droit de garde, autorise(nt) mon enfant à rentrer seul au domicile aux différents moments suivants :

- Le mercredi à partir de (mettre une heure ou barré à partir de)
- Par la navette du soir à la destination de (préciser la commune)
- Les mardis et les vendredis à partir de (mettre une heure ou barré à partir de)

Les vacances scolaires :

- Pour le repas de midi
- Le soir à partir de 16h00
- Par la navette du soir à la destination de (préciser la commune)

Je reconnais avoir été informé(e) que mon enfant sera sous mon entière responsabilité et que l'espace jeunes décline toute responsabilité dès lors que mon enfant est autorisé à rentrer seul.

Fait à

Le

Signature parent(s) :



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Accueil : _____ Dates du séjour : _____

- séjour de vacances
- accueil de loisirs
- séjour dans une famille

Adresse : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rubéole	
Poliomyélite ou DT polio ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coqueluche	
		Autres (préciser)	
B.C.G.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. _____

III - Recommandations utiles : _____

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? _____

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

Je soussigné, 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : _____

Observations : _____