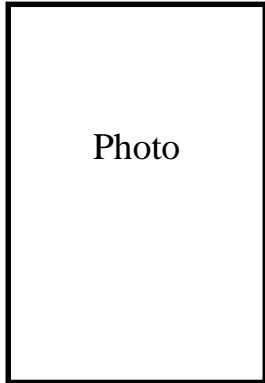


**AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE**  
*(Pour une personne mineure)*



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.

**Fiche Sanitaire**  
NONANCOURT

- Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel
- Accueil de Loisirs 6-14 ans Elémentaire

NOM : .....

Prénom : .....

Sexe ( ) Masculin ( ) Féminin

Date de Naissance : .....

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Signature) Signature précédée de la mention manuscrite  
« Bon pour accord »

**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 N° CAF : .....

( ) 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 auto- rise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitementmédical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à .....

Signature,

Le .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – ENFANT

NOM:

PRÉNOM:

DATE DE  
NAISSANCE:

GARÇON  FILLE

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

### 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                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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**).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, si sans PAI**

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGU                            | SCARLATINE  |
| 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 <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| 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"/> |   |

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 **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT 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..... PRÉNOM.....

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**

.....  
.....  
.....



A SAINT LUBIN DES JONCHERETS  
Le 18 Mars 2023

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 :

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR  
38 rue Charles Renard 28350 SAINT LUBIN DES JONCHERETS

Association d'Intérêt Général – Agrément « Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale »  
Ouverture le lundi et le mercredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30  
Tél : 02 32 58 15 70 Mail : [secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr](mailto:secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr)

## **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