



AUTORISATION PARENTALE

OU DE LA PERSONNE LÉGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du participant :

Nom et prénom du responsable :

Tél. mobile Tél. fixe.....

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur, autorise..... à participer au stage..... qui se déroulera du..... au..... au camping les Pinèdes de la Ville de Pertuis, sous la responsabilité de l'Association Jeunesse-Sports-Performances.

J'autorise le transport de mon enfant par les véhicules des responsables de l'encadrement.

Si besoin, je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, autorise les responsables de l'Association à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant : traitement médical, hospitalisation, anesthésie générale, intervention chirurgicale...

Fait à....., le.....

Signature précédée de la mention

"lu, compris et approuvé "



DROITS D'IMAGES

SELON LES ARTICLES 226-1 À 226-8 DU CODE CIVIL

Nom et prénom du participant :

Nom et prénom du responsable :

« Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation »

Font exception à cette règle, les photos ou vidéos où la personne n'est pas reconnaissable.

Dans le champ de nos activités, nous prenons de nombreuses photos et nous utilisons différents supports de communication.

Par ce document, vous autorisez, si besoin, l'association Jeunesse-Sports-Performances à diffuser l'image du participant identifié ci-dessus pour aider l'association dans ses démarches de communication.

Jeunesse-Sports-Performances s'engage à ne pas donner ou vendre l'image de l'enfant :
.....à des publicitaires ou autres.

Fait à....., le.....

Signature précédée de la mention

"lu, compris et approuvé"

*Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant le participant identifié ci-dessus. Pour toute demande, adressez vous à : Mme MATTEODA-SEUX en écrivant à :
summer.camp.pertuis@gmail.com*





RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ARRÊTÉ DU 20.02.2003 DU CODE DE L'ACTION SOCIAL ET DES FAMILLES DOCUMENT CONFIDENTIEL

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DU PARTICIPANT ELLE EVITE DE SE DÉMUNIR DU CARNET DE SANTÉ ET SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR. **CETTE FICHE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE ET SIGNÉE SI POSSIBLE PAR UN MÉDECIN.**

1 - PARTICIPANT

NOM..... N° SECURITE SOCIALE.....
PRÉNOM..... SEXE (cocher) p GARÇON p FILLE
DATE DE NAISSANCE..... DATES DU SÉJOUR.....
POIDS..... TAILLE.....

2 - VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R-O-R	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Haemophilus	
				Rubéole-oreillons-Rougeole	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE PARTICIPANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - CERTIFICAT MÉDICAL

Toute personne inscrite aux stages devra nous remettre un certificat médical de non contre indication pour la pratique d'activités gymniques de moins de trois ans délivré par un médecin.

4 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

Le participant suit-il un traitement médical pendant le séjour : p oui p non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du participant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

Asthme p oui p non Médicaments p oui p non
Aliments p oui p non Autre p



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, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Date : Signature du responsable légal ou du Médecin : Cachet du Médecin si besoin :

CADRE RESERVE AU RESPONSABLE DU PARTICIPANT

Je soussigné, responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

CADRE RESERVE A L'ORGANISATEUR - INFORMATIONS A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR : Association Jeunesse-Sports-Performances, 127 rue des Marjolaines, 84 120 PERTUIS

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SÉJOUR : (Par le médecin / coordonnées et cachet à indiquer)

PAR LE DIRECTEUR