

## AUTORISATION PARENTALE

Mon enfant: \_\_\_\_\_ est

- **Autorisé(s) à repartir :**                       seul(s)                       accompagné(s)

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant en mon absence :

NOM-Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

▪ **Urgence médicale**

J'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. Pour le retour ?
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

▪ **Transport**

J'autorise :

- La structure à transporter mon enfant :
  - en transport collectif,
  - en co-voiturage,
  - et occasionnellement par l'équipe d'animation, dans son véhicule personnel assuré par la Ligue de l'enseignement si les transports en commun ne sont pas adaptés.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

atteste avoir lu et approuve cette décharge.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s) des 2 parents ou du responsable légal

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Masculin  Féminin   
Adresse de l'enfant : \_\_\_\_\_  
CP / Ville : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 1 :

NOM : \_\_\_\_\_  
NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : (si différente) : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de facturation ?  Oui  Non  
Profession : \_\_\_\_\_

☎ Fixe : \_\_\_\_\_  
☎ Portable : \_\_\_\_\_  
☎ Professionnel : \_\_\_\_\_  
M@il : \_\_\_\_\_  
N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
Quotient Familial : \_\_\_\_\_  
Autre régime et N° : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  
 Célibataire  Concubinage  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### RESPONSABLE 2 :

NOM : \_\_\_\_\_  
NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : (si différente) : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de facturation ?  Oui  Non  
Profession : \_\_\_\_\_

☎ Fixe : \_\_\_\_\_  
☎ Portable : \_\_\_\_\_  
☎ Professionnel : \_\_\_\_\_  
M@il : \_\_\_\_\_  
N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  
Quotient Familial : \_\_\_\_\_  
Autre régime et N° : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  
 Célibataire  Concubinage  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Si garde exclusive ou destitution de l'autorité parentale, joindre impérativement une pièce justificative du jugement.

### STRUCTURE ●U FAMILLE D'ACCUEIL :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins que le participant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil de mineur.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT**

Le participant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

**M du Participant :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Garçon  Fille

**NOM(S)-prénom(s) du(des) responsables légal(aux) :** \_\_\_\_\_

**Adresse complète :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du domicile :** \_\_\_\_\_

**Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du travail :** \_\_\_\_\_

**Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) :** \_\_\_\_\_

**Mutuelle :** \_\_\_\_\_ **N° Mutuelle :** \_\_\_\_\_

Si CMU, photocopie de la carte vitale et de l'attestation CMU où l'enfant apparaît.

**VACCINATIONS :**

- Fournir **obligatoirement** un certificat médical attestant la mise à jour des vaccins de l'enfant. (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication).

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PARTICIPANT**

Le participant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

Le Participant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  Coqueluche  Otite  
 Rougeole  Oreillons

**ALLERGIES**

Asthme  oui  non | Alimentaire  oui  non | Médicamenteuse  oui  non | Autres : \_\_\_\_\_

**CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR** (si automédication, le signaler) : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous le maquillage sur votre enfant dans le cadre des activités ?  oui  non

**DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,... précisez) \_\_\_\_\_

**Type de repas :**  Sans porc  Végétarien  Autres (précisez) :.....

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exact 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 :** \_\_\_\_\_

## **DROIT À L'IMAGE**

Nous soussignés (prénom, nom des 2 parents ou du responsable légal)

---

domiciliés à (indiquer l'adresse de chaque parent si ce n'est pas la même) :

---

---

responsables légaux de l'enfant (prénom, nom de l'enfant)

---

Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement de Normandie organisateur de l'Accueil Collectif de Mineurs de **SAINT PIERRE EN AUGÉ** à utiliser l'image de mon enfant (photos – films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie [www.laliguenormandie.org](http://www.laliguenormandie.org), réseaux sociaux, blog, plaquettes, journaux, affichages pédagogiques...) destinés aux opérations de communication 2018-2021.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie - 16, rue de la Girafe 14078 Caen cedex 5 - ou en envoyant un courriel : [contact@laliguenormandie.org](mailto:contact@laliguenormandie.org).

Fait à ....., le .....

**Signature(s) des 2 parents ou responsables légaux**