

AUTORISATIONS PARENTALES

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER MON ENFANT A L'ISSUE DES SERVICES PROPOSÉS :

M..... Tél :
M..... Tél :
M..... Tél :
M..... Tél :
M..... Tél :

DROIT À L'IMAGE

Nous je, soussigné(s) (noms et prénoms des 2 parents ou du responsable légal) :

.....
Domicilié(s) à

Responsable(s) de l'enfant :

Autorisons l'équipe de la ligue de l'enseignement de Normandie, organisateur de l'accueil collectif de mineurs et des activités périscolaires de Cambremer à utiliser l'image de mon enfant (photos, films) sur l'ensemble des supports de valorisation et/ou publications suivants (site Internet de la ligue de l'enseignement de Normandie (www.laliguenormandie.org), réseaux sociaux, blog, plaquettes, journaux, affichages pédagogiques) destinés aux opérations de communication de 2019-2022.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et valable au maximum 3 ans (années scolaires)

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

SORTIE DES STRUCTURES (pour les enfants de plus de 7 ans) :

J'autorise mon enfant à rentrer seul et reconnais qu'il sera sous ma seule responsabilité pendant son trajet de retour :

- À l'issue des activités périscolaires (16h30)
 De l'accueil de loisirs à partir deH.....

URGENCE MEDICALE :

- J'autorise le-la responsable des centres de loisirs et périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

TRANSPORTS :

J'autorise la structure à transporter mon enfant :

- En transport collectif
 Occasionnellement par les animateurs. rices. du centre de loisirs dans leurs véhicules personnels assurés à cet effet par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

Fait à : le :

Signature(s) des (du) responsable(s) légal(aux) :



DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

ACCUEIL PERISCOLAIRE ET ACCUEIL DE LOISIRS

Ce document est à renseigner obligatoirement si votre enfant fréquente au moins un des services mentionnés ci-dessus.

NOM / PRENOM
DATE DE NAISSANCE
SEXE <input type="radio"/> FILLE <input type="radio"/> GARCON
PAI : <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI (JOINDRE LA COPIE)
N° ALLOCATAIRE (CAF OU MSA)
ADRESSE (où vit l'enfant)
REPRESENTANT LEGAL 1
NOM/PRENOM :
QUALITE :
ADRESSE :
TELEPHONE :
MAIL :
REPRESENTANT LEGAL 2
NOM/PRENOM :
QUALITE :
ADRESSE :
TELEPHONE :
MAIL :
<i>Réservé à l'administration</i> <i>ENREGISTRE</i> <input type="radio"/> <i>COPIE</i> <input type="radio"/>



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **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.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** 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, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses:

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant: _____

Date:

Signature: