

4. Concerne tous les fonctionnements :

- J'autorise,
- Je n'autorise pas

la Communauté d'agglomération GP3A à filmer et à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images exclusivement pour des supports de communication d'informations de GP3A. En acceptant, je renonce à toute contrepartie financière.

J'autorise mon enfant à quitter **seul** les lieux des activités organisées par le Service Animation Enfance Jeunesse à la fin de chaque animation (**sauf au retour des séjours où la présence est obligatoire**).

Je n'autorise pas mon enfant à quitter **seul** les lieux des activités **et m'engage** à venir le chercher dès la fin de l'animation en respectant les horaires de fin d'animations.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les responsables légaux.....

3.2 Ne concerne que les séjours avec hébergement :

J'autorise les organisateurs à donner des médicaments de premiers soins : (cochez les autorisations)

- Contre maux de tête, mal de ventre : Paracétamol type Doliprane**
- Pommade contre les coups : Type Hémoclar ou arnica.**
- Pommade contre les entorses bénignes : Type Nifluril.**
- En cas de coups de soleil : Type Biafine.**

Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques éventuellement avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier (médicaux, situation...), accepte les modalités de fonctionnement, autorise le Service Animation Enfance Jeunesse de la Communauté d'agglomération à prendre, le cas échéant, toutes mesures (Hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant la situation familiale ou problèmes de santé de l'enfant. Je décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.

A....., le.....

Signature du responsable légal de l'enfant

1 L'enfant :.....

Nom et prénom :
 Date de naissance : Garçon / Fille
 Allocataire CAF ou MSA n°.....

2. Responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

Père (Nom et Prénom) : TEL Portable / Pro :
 Mère (Nom et prénom) : TEL Portable / Pro
 Autre : en tant que.....
 Courriel :

Adresse du responsable légal de l'enfant ou réside l'enfant à l'année :

.....
 Code postal : Ville : TEL Domicile :

Adresse du lieu où résidera l'enfant pendant les périodes d'activités SI différente ;

.....Code postal :
 Villechez..... TEL :

Adresse de facturation SI différente ;

.....Code postal :
 Villechez.....

3. Autorisations :

Je soussigné Monsieur, Madame.....responsable légal de l'enfant
 Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées dans le cadre du Service Animation Enfance Jeunesse de la Communauté d'Agglomération GP3A : Accueil de de loisirs, séjours de vacances, accueil jeunes, sorties éloignées, Cap Sport.

Personnes autorisées à inscrire l'enfant autre que responsable légal :
 En tant que.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1 Vaccination

Vaccins	oui	non	Vaccins	oui	non
DTP			Rougeole- Oreillons- Rubéole		
Coqueluche			HPV		
HIB					
Hépatite B					
Pneumocoque					
Méningocoque c					

Vous pouvez joindre une photocopie des feuilles de vaccination du carnet de santé

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

2 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 (boîte de médicament dans son emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

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

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, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Recommandation utiles des parents :

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

.....

Je soussignéresponsable 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.

Le..... signature :