DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE
SANTÉ - DROIT A L'IMAGE *(séjours Classe à Sanary)*

Je soussigné,
NOM et Prénom ➡

père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ de l'enfant :

NOM et Prénom ➡ _____

déclare : - avoir pris connaissance des modalités d'inscription,
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités .
- autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin
- m'engager à payer les frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opération éventuels...

j'autorise ☐ OU je n'autorise pas ☐ ***Cocher OBLIGATOIREMENT une des deux cases***

Votre enfant ne sera pas en photo avec ses camarades et sera écarté(e) du groupe lors des photos collectives, ou son visage sera flouté.

J'autorise à titre gracieux, Les PEP 13, (association Loi 1901, agréée d'Education Populaire, dont le siège est situé à la Direction Académique des Bouches du Rhône, représentée par sa Présidente, Madame Arlette de ASIS),

à photographier ou filmer mon enfant mineur durant sa classe de découvertes à Sanary sur Mer, se déroulant du ____/____/____ au ___/___/____, et à utiliser son image.

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, j'autorise Les PEP 13 à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et vidéos effectuées dans le cadre du séjour.
Les photographies pourront être exploitées et utilisées dans le cadre des actions d'information et de communication des PEP 13 et dans le cadre de ses activités de valorisation des actions, auprès des différents publics, sous toute forme et tous supports, dans le monde entier, sans aucune limitation, pour une durée de 10 ans, intégralement et par extraits, et notamment :

- lors de projections publiques,
- dans des expositions,
- par télédiffusion, par tous réseaux de transmission
- par tous réseaux de communication électronique, tels qu'Internet,
- dans des publications papier
- sur CD-Rom, DVD, Blu-Ray, clé USB,
- et plus généralement par tous moyens existants ou à venir.

Les PEP 13 s'interdisent expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de notre enfant.

A _____, le _____

signature :

découper ici

découper ici

FICHE SANITAIRE DE LIAISON *(d'après cerfa n° 100008*02)*

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour, avec les observations éventuelles.

1 - ENFANT : NOM : _____ Prénom :_____

Sexe : garçon ☐ fille ☐ Date de naissance : _____/_____/_____

2 - VACCINATIONS : *(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)*

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite					
ou DT Polio				Coqueluche	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? non ☐ oui ☐
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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐
COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	

Allergies : Asthme non ☐ oui ☐ Médicamenteuses non ☐ oui ☐

Alimentaires non ☐ oui ☐ Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication à signaler) :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

INDIQUEZ CI APRES :
Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions** à prendre :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4 - RECOMMANDATIONS 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 : _____ PRENOM : _____
ADRESSE (pendant la période du séjour) :

_____
_____
_____

Téléphone : dom. : _____ portable : _____ bureau : _____

Je soussigné, _____ 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 :

PARTIE RESERVEE A L'ENSEIGNANT RESPONSABLE DU SEJOUR

Etablissement scolaire : _____

Nom de l'Enseignant: _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

découper ici

découper ici

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

l'élève :

NOM - Prénom : _____

age :

sexe : garçon ☐ fille ☐

Né(e) le : _____ à _____

Etablissement scolaire : _____

Taille (hauteur) : _____ Poids : _____ Pointure : _____

Sait-il skier ? non ☐ oui ☐ ski pratiqué : alpin ☐ fond ☐
Sait-il nager ? non ☐ oui ☐ brevet de natation : 25 m ☐ 50 m ☐
Autre(s) sport(s) pratiqué(s) : _____
Part-il pour la première fois ? non ☐ oui ☐

La famille

Responsable légal : père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐

NOM - Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travaill : _____

Autre personne à prévenir en cas d'absence : _____

Statut : (conjoint, grand-parent, ami) : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : _____

Caisse primaire d'assurance maladie : _____

N° Sécurité Sociale : ☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Mutuelle - adresse : _____

N° Mutuelle : _____

Assurance responsabilité civile : _____

Adresse : _____

_____

Bénéficiez-vous de l'aide médicale gratuite ? non ☐ oui ☐

Nombre de frère(s) et soeur(s) de l'enfant : _____ age(s) _____