

Sur les traces des bâtisseurs de cathédrales

DECHARGE PARENTALE ET FICHE SANITAIRE

A retourner au
P. Roger Villegas LC
Toussaint 2019
4, rue Corot
75016 PARIS

AUTORISATION PARENTALE

J'inscris Nom : _____ Prénom : _____, dont je suis le père, la mère, le responsable légal (rayer les mentions inutiles), au séjour « Sur les traces des bâtisseurs de cathédrales », organisé par SPES du 19 au 22 octobre 2019.

- Je confirme qu'au cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux de toute nature au cours des activités et des trajets en rapport avec les activités, les directeurs et les animateurs ont l'autorisation de faire transporter l'enfant chez un médecin ou à l'hôpital et de prendre les mesures additionnelles qu'ils estimeraient nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être de l'enfant. Tous les frais médicaux devront être pris en charge par l'assurance de la famille. Les dépenses à règle sur place seront avancées par l'association SPES.

- J'autorise mon enfant à utiliser les transports suivant pendant les activités : car d'une compagnie de transport publique ou privée, tram, ou train, ainsi que des voitures conduites par des membres de l'encadrement pour les petits déplacements si nécessaire.

- J'autorise les directeurs et les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'indiscipline grave de la part de mon enfant (ces mesures pouvant aller jusqu'au renvoi de l'enfant dans sa famille).

- J'autorise SPES à utiliser les photos et vidéos prises pendant le camp sur différents types de support (Internet, affiches, flyers, vidéos). Si je ne le désire pas, il me suffit d'écrire en toutes lettres : JE NE SOUHAITE PAS QUE LES PHOTOS DE MON ENFANT SOIENT UTILISEES SUR AUCUN SUPPORT DE COMMUNICATION

Fait à _____ le ___/___/___ 2019

Signature du responsable légal :

Merci de joindre à l'inscription :

- La fiche sanitaire de liaison (pages 2-3)
- Une copie de l'assurance maladie de votre enfant
- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- Le règlement

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de Naissance : _____ Sexe : Garçon Fille

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-reillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				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

- Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

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

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

Allergies* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses 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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse

Tél. fixe (et portable) du domicile : du bureau

NOM et Tél. du médecin traitant :

.....

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.

Signature : _____ Date : _____