



DECHARGE PARENTALE ECYD BOULOGNE-BILLANCOURT 2021-2022  
ET FICHE SANITAIRE

A retourner à  
Paroisse ND de Boulogne – Activités ECyD  
2, rue de Verdun 92100 Boulogne-Billancourt

## AUTORISATION PARENTALE

J'inscris Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_,  
dont je suis le père, la mère, le responsable légal (rayer les mentions inutiles),  
aux activités de l'ECyD de Boulogne-Billancourt organisé par RC France pour  
l'année scolaire 2021-2022.

- ✓ 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.
- ✓ 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 estimerait nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être de l'enfant.
- ✓ J'autorise les responsables à mettre les photos de mon enfant prises lors des activités sur les supports de communication de *Regnum Christi*, selon les conditions stipulées qui figurent sur la page 2 de ce dossier d'inscription. 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Signature du responsable légal :

.....

## **DOCUMENTS A ENVOYER AVEC CE DOSSIER :**

- ✓ L'autorisation parentale complétée et signée (p. 1)
- ✓ La fiche sanitaire de liaison dûment complétée (p. 3-4)
- ✓ Une photocopie de l'assurance maladie de votre enfant
- ✓ Une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- ✓ La participation pour les activités de l'année (60€) : au moment de l'inscription en ligne vous pouvez régler sur HelloAsso. Une participation sera demandée pour les week-ends et les activités spéciales de l'année. Si vous souhaitez régler par un autre moyen (chèques, espèces, chèques vacances, virement, etc.) utilisez le code promo ECYD92 au moment de l'inscription en ligne :

[Inscriptions ECyD Boulogne-Billancourt 2021-2022 \(helloasso.com\)](https://helloasso.com)

Virements : SPES Paris  
IBAN : FR76 3002 7174 1100 0201 7610 285  
BIC : CMCIFRPP

Aucun enfant ne doit être privé des activités pour des raisons financières.

## **TELECHARGEZ LE PROGRAMME POUR L'ANNEE :**

[Programme ECyD BB 2020-2021](#)

### **CONDITIONS D'EXPLOITATION DU DROIT A L'IMAGE DE L'ENFANT ET TRAITEMENT CNIL**

L'association « RC France » et la « Congrégation des Légionnaires du Christ de France » (CLCF), ci-après désignées ensemble « l'exploitante », peuvent réaliser, utiliser et exploiter tout ou partie des prises de vue et des enregistrements dans le cadre des activités du séjour de vacances et de tout événement associé. L'image de votre/vos enfants pourra être représentée sur tous supports, en tous formats et dans tout média appartenant exclusivement à RC France et CLCF (diffusion sur Internet, newsletter, support papier tels catalogue ou journal interne, etc.), le tout dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en la matière et sans but lucratif. Cette autorisation parentale est consentie à titre gracieux, sans contrepartie, pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction. L'exploitante veillera à ce que les commentaires éventuels accompagnant la diffusion de l'image de mon/mes enfants ne portent en aucune manière atteinte à sa réputation, à son honneur ou à sa dignité. Conformément à la loi Informatique et Libertés, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de retrait total ou partiel des prises de vue, enregistrements et commentaires en question auprès du Responsable du traitement des données personnelles chez l'exploitante à l'adresse suivante : [cwhitman@regnumchristi.fr](mailto:cwhitman@regnumchristi.fr)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-reillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 *(boites 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 : ..... 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_