



# DÉCHARGE PARENTALE ET FICHE SANITAIRE CAMP EIFEL TOUSSAINT 2020

À retourner à :  
Paroisse ND de Boulogne  
Camp ECyD Eifel 2020  
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), au séjour de multisports organisé par SPES à Bad Münstereifel (Allemagne) du 24 au 30 octobre 2020.

- 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 complémentaires qu'ils estimeraient 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 dernière page 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 UTILISÉES QUEL QUE SOIT SUPPORT DE COMMUNICATION.
- 
- J'autorise le traitement de mes données personnelles pour continuer à être informé des activités de SPES et de Regnum Christi (CLCF).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_/\_\_\_/2020

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 (pp. 3-4)
- Photo d'identité récente (si pas téléchargée au moment de l'inscription sur le site)
- Un certificat médical de vaccination ou une photocopie du carnet de santé de votre enfant
- Une photocopie de l'assurance maladie de votre enfant
- Une copie de la carte européenne d'assurance maladie de votre enfant
- Une copie du document de voyage valide de votre enfant (CNI, Passeport)
- L'autorisation de sortie du territoire signée + une copie de la pièce d'identité du représentant légal (la personne qui signe l'autorisation de sortie du territoire)
- Une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- Le règlement du camp

### **CONDITIONS D'EXPLOITATION DU DROIT À L'IMAGE ET TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES**

L'association « Solidarité Partage Education Sociale » (SPES) et la congrégation des légionnaires du Christ de France (CLCF), ci-après désignées ensemble « **l'Exploitant** », peut réaliser, utiliser et exploiter tout ou partie des prises de vue et des enregistrements photographiques, vidéo et audio capturés dans le cadre des activités qu'il propose.

L'image de mes enfants mineurs pourront être représentées sur tous supports et en tous formats. Elles pourront être diffusées sur tout support de communication de l'Exploitant : site Internet, réseau social, newsletter, journal interne, affichage, tout support de relations publiques et presse etc. le tout dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en la matière et sans but lucratif.

Je suis informé(e) que les enregistrements susvisés et prises de vues sont réalisés en vue de promouvoir et de donner une visibilité à l'activité de l'Exploitant, dans le respect de son objet social. Ils ne pourront être utilisés à d'autres fins ni par d'autres personnes physiques ou morales que l'Exploitant sans mon autorisation.

J'autorise l'utilisation des images de mes enfants mineurs dont je suis le représentant légal titulaire de l'autorité parentale.

L'Exploitant veillera à ce que les commentaires éventuels accompagnant la diffusion de l'image de moi-même et de mes enfants mineurs ne portent en aucune manière atteinte à notre réputation, à notre honneur ou à notre dignité.

Cette autorisation est consentie à titre gracieux, sans contrepartie, pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction sauf opposition de ma part.

Je suis informé(e) que la présente autorisation constitue un traitement de données à caractère personnel. Ces données seront conservées pendant toute la durée et pour les besoins de la présente autorisation et ne pourront être utilisées par d'autres personnes physiques ou morales que l'Exploitant.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et de d'effacement de ces données auprès du responsable du traitement des données personnelles chez l'Exploitant à l'adresse suivante : [cwhitman@regnumchristi.fr](mailto:cwhitman@regnumchristi.fr) (Madame Carina WHITMAN).

Je suis informé(e) de mon droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ou de toute autre autorité de contrôle compétente en cas de manquement de l'Exploitant relatif au traitement de mes données personnelles.

## 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 RECOMMANDÉS	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 antitétanique 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 : \_\_\_\_\_