

# DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ 2017-2018

## ALSH - AEMS - TAP - A2M

### L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	École	Classe	PAI
					<input type="checkbox"/>

### LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

**Mon enfant désigné ci-dessus peut être confié éventuellement aux personnes suivantes :**

Une pièce d'identité pourra leur être demandée.

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

### PERSONNES NON AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Fournir une copie de la décision de justice concernant l'autorité parentale en cas de séparation.

### AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRÈS L'ACTIVITÉ

Concerne les enfants de CP, CE1, CE2, CM1 et CM2

OUI, j'autorise mon enfant dont le nom est précisé ci-dessus, à rentrer seul après l'activité. Il sera sous ma seule responsabilité durant le trajet du retour.

Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'activité.

En l'absence de choix, l'autorisation de rentrer seul sera supposée.

### DROIT À L'IMAGE

**J'autorise**  OUI  NON la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative et municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

Date, .....

Signature :





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-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 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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être 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 \_\_\_\_\_  oui  non

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 PARCOURSANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES