

AUTORISATION PARENTALE DROIT IMAGE ET SON (pour reporter mineur)

Nous, soussignons (nom prénom mère) (nom prénom père) :

.....ou Tuteur (nom prénom) :

Domiciliés à : _____ Code postal _____ Ville _____

Tél _____ e-mail : _____ @ _____

représentants légaux du jeune reporter inscrit aux blogs reporters 8/13 ans ou 13/18 ans

Nom : _____ Prénom _____ né(e) le _____

autorisons à filmer et/ou photographier, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon enfant dans l'ensemble des activités liées directement ou indirectement à l'association « Jeunes reporters 8 à 18 ans » sise à la Mairie au 8 rue du Picard 37140 Bourgueil et au blog des Jeunes reporters 8 à 13 ou 13 à 18 ans sur tout support média TV, web, presse écrite, radio... Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image et son de mon enfant notamment dans un but commercial. La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant ainsi que les légendes et commentaires accompagnant ces publications ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti pour tout qui concernent notre enfant sur les blogs jeunes reporters www.jeunesreporters8ans13ans.fr et www.jeunesreporters13ans18ans.fr . Nous pourrions donc à tout moment, vérifier l'usage qui en est fait et nous disposons d'un droit de retrait des photos ou vidéos sur ces blogs si nous le jugeons utile.

Fait à _____ le _____

« lu et approuvé : bon pour accord »
Mère (signature)

Signatures obligatoires
des deux parents (ou du tuteur)

« lu et approuvé : bon pour accord »
Père (signature)

ATTESTATION DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ (pour reporter mineur)

Nous, soussignons (nom prénom mère) (nom prénom père) :

.....ou Tuteur (nom prénom) :

Domiciliés à : _____ Code postal _____ Ville _____

Tél _____ e-mail : _____ @ _____

représentants légaux du jeune reporter inscrit aux blogs reporters 8/13 ans ou 13/18 ans

Nom : _____ Prénom _____ né(e) le _____

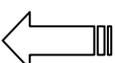
assurons que l'Association Jeunes Reporters 8 à 18 ans sise à la Mairie au 8 rue du Picard 37140 Bourgueil coordonnant les blogs reporters 8/13 & 13/18 ans sera déchargée de responsabilité en cas d'accident ou de dommage de quelque nature que ce soit, survenu lors de la réalisation et écriture de reportages ou d'article à l'initiative personnelle, individuelle ou spontanée de mon enfant inscrit aux jeunes reporters 8/13 ans ou 13/18 ans et nous acceptons que l'assurance de ladite association ne le couvre pas pour les risques encourus durant la réalisation de reportages à leur propre initiative. L'assurance de l'association des jeunes reporters 8 à 18 ans ne couvre que les événements, les temps forts ou les activités ponctuelles organisées, encadrées et animées par cette dernière sur le terrain. En découle le renoncement à tout recours contre l'association et les organisateurs. Nous décidons d'assumer librement les conséquences éventuelles et nous engageons, si nous le décidons, à souscrire une assurance personnelle en responsabilité civile, scolaire ou extra-scolaire.

Fait à _____ le _____

« lu et approuvé : bon pour accord »
Mère (signature)

Signatures obligatoires
des deux parents (ou du tuteur)

« lu et approuvé : bon pour accord »
Père (signature)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON A COMPLETER AU VERSO





MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 DÉMURIR 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					
BCCG					

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	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		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTEUSES		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	ALIMENTAIRES		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES		_____			

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CLAPRÉS :
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 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 : _____

