

AUTORISATION DE REALISATION ET DE DIFFUSION DE PRISES DE VUE ET DE SON D'ENFANTS

Le droit protège l'intimité de la vie privée de tout individu. En effet, toute personne a un droit de propriété sur son image et sa voix et doit en autoriser expressément l'exploitation.

L'enfant bénéficie également de cette protection (art. 9 du Code Civil, art. 16 de la Convention de New York et art. 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme).

De façon générale, aucune image de l'enfant, aucun son de sa voix, qu'ils soient pris en public ou en privé, ne doit porter atteinte « à sa vie privée » à son « honneur » et à sa « réputation ».

Madame, Monsieur,

Un document audio, vidéo sonore et des photos vont être réalisés

C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part l'autorisation :

- d'effectuer des prises de vue et de son de votre enfant au sein des activités organisées dans le cadre de l'Accueil de Loisirs ;
- et de diffuser tout ou partie des enregistrements vidéos et sonores réalisés.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le document ci-dessous :

Nous soussignons (parents ou représentants légaux) :

.....

Adresse :

Code Postal : Commune :

Donnons l'autorisation aux responsables de l'Accueil de Loisirs de CHAMPHOL.

- De reproduire et de diffuser les photographies de notre enfant dans le cadre des activités décrites ci-dessus ;
- De diffuser des enregistrements sonores de la voix de notre enfant.

Cette autorisation est valable pour l'accueil de loisirs 2018. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la (ou des) photographie(s) ne devront pas porter atteinte à la réputation de notre enfant ou à sa vie privée.

Refusons de donner l'autorisation aux responsables de l'Accueil de Loisirs de CHAMPHOL.

- De reproduire et de diffuser les photographies de notre enfant dans le cadre des activités décrites ci-dessus ;
- De diffuser des enregistrements sonores de la voix de notre enfant.

Fait à, le.....

Signature des deux parents ou des Représentants Légaux de l'enfant, précédée de la mention
Manuscrite « Lu et approuvé. Bon pour accord »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- Enfant
 NOM :
 PRENOM :
 Date de naissance :
 GARÇON FILLE

Dates et lieu du 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 et vous sera rendue à la fin du séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole -Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Du DT Polio				Autres (préciser)	
Du Tétracoq					
B.C.G					
MONOTEST					

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
 Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Allergies Asthme OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

Alimentaires OUI NON AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

1- Indiquez ci-après :
 Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

2- Indiquez ci-après :
 Les recommandations utiles des parents
 Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...
 Précisez

3- Indiquez ci-après :
 Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4- Indiquez ci-après :
 Les recommandations utiles des parents
 Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...
 Précisez

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

Tél fixe (et portable), domicile : Bureau :

Nom et tél du médecin traitant (facultatif).....

Je soussigné (e) 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.

Date :

Signature :