



FICHE ADMINISTRATIVE ET SANITAIRE SEMAINE DES ADOS

2024/2025

NOM et Prénom de l'enfant :

Elève en classe de : Collège/lycée :

Date de naissance : Sexe :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père

Mère

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Tél Dom. :

Tél Dom. :

Tél Prof. :

Tél Prof. :

Tél Mobile :

Tél Mobile :

Mail :

Mail :

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS : L'enfant est à jour de ses vaccinations ? OUI NON

UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été établi ? OUI NON (si oui, le joindre).

MEDECIN TRAITANT (nom, adresse, tél.) :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : indiquez les difficultés de santé de l'enfant (crises convulsives, asthme, allergies, autres maladies....) et les précautions à prendre :

.....

.....

RECOMMANDATION DES PARENTS : aucun traitement ne peut être administré à l'enfant (sauf en cas de PAI).

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES DIVERSES

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'ado

A récupérer mon ado auprès du responsable de la semaine des ados.

Et/Ou

J'autorise mon ado à rentrer seul en signalant son départ auprès du responsable de la semaine des ados

Dans ce cas, la ou les personne(s) habilitée(s) à venir le (la) chercher est (sont) :

◆ NOM et Prénom :	◆ Qualité :	◆ Téléphone :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

Représentant légal de mon enfant.....

autorise la Municipalité de ANSE à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies /films prises dans le cadre de la présente.

Les photographies /films pourront être exploités et utilisés directement par la Municipalité de ANSE

Presse locale

Exposition locale

Projection publique locale

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies /films susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies/films, objets de la présente, dans tous supports à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

En conséquence de quoi, je me reconnais être entièrement rempli(e) de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis pas lié(e) par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

◆ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

◆ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

◆ Déclare mon enfant apte à participer aux activités : sportives, culturelles, manuelles...

◆ M'engage à signaler toute modification notamment sur l'état de santé de mon enfant.

◆ Autorise le surveillant à prendre le cas échéant toute les mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

◆ Autorise la production et représentation de photographies/films pour mon enfant, conformément au droit à l'image susmentionné.

Signature(s) du (des) représentant(s) légal (légaux) :

Attestation assurance scolaire 2024/2025 à fournir la première fois

PAI (fiche spécifique) et copie de l'ordonnance du médecin pour les enfants nécessitant un traitement médical spécifique