OPERATION ETE JEUNES
EDITION 2023

Le jeune

Nom : .....

Prénom : .....

Date De Naissance : .....

Lieu De Naissance : .....

Adresse : .....

Tel : …… Mail : ……@ .....

Es-tu sur un réseau social ? □ Snap □ Tiktok □ Insta

□ Autres : ……

PERE :

Nom /Prénom : .....

Profession : .....

Tel : …… Mail : ……@

Adresse (si différente de celle du jeune) .....

.....

MERE :

Nom Prénom :.....

Profession :.....

Tel : …… Mail : ……@.....

Adresse (si différente de celle du jeune) .....

.....

REGIME D'AFFILIATION: (n° et nom allocataire):.....

.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

ORGANISME : .....

ADRESSE : .....

N° de contrat : .....

MEDECIN TRAITANT :

NOM : ……

Tel : ……

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : ……

……..

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : ..... demeurant .à.....
Responsable légal de l'enfant : .....

AUTORISE :

- Celui-ci à pratiquer les activités proposées dans le cadre de « opération été jeunes 2023 » mises en place sur la Communauté de Communes du Grand Armagnac.

- L'équipe encadrante de la Communauté de Communes à photographier, à enregistrer la voix ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités, les images pourront être utilisées au cours d'animations ou diffusées (sans but lucratif)

- Les responsables à prendre toutes mesures d'urgences qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident.

Je donne l'autorisation de collecter mes données personnelles ainsi que celles de mon enfant :

- Elles seront exclusivement utilisées pour l'opération été jeune 2023
- Elles seront en aucun cas communiquées ou transmises à une tierce personne•

A tout moment et sur simple demande être supprimées des données conservées par la collectivité.
En vertu de la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679/UE du 27/04/16 sur la protection des données personnelles (RGPD) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition et de consentement aux informations qui vous concernent.

- Pour cela il vous suffit d'adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : **rgpd@grand-armagnac.fr**

Date : Signature *(Précédée de la mention « lu et approuvé »)*

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Responsable légal :

Nom : .....
Prénom :.....
Adresse.....
.....
CP : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... / .....
Mail : .....

Le jeune :

Nom : .....
Prénom : .....
Date de Naissance : ... / ..... / .....

Condition de responsabilité :

La responsabilité des personnes encadrant les activités est engagée durant l'amplitude d'accueil du jeune, définie par le projet de l'action.
Les jeunes sont à nouveau sous la responsabilité du responsable légal en dehors de cet accueil.

Le

Signature du **jeune**
(*Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*

Signature du **représentant légal**
(*Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM :

PRÉNOM :

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 vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	**oui**	**non**	**DATES DES DERNIERS RAPPELS**	**VACCINS RECOMMANDÉS**	**DATES**
Diphtérie				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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ❑ oui ❑ non MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES ❑ oui ❑non 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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ecoprint 01 64 66 3000