

AUTORISATION DE
PHOTOGRAPHER/FILMER
ET DE PUBLIER



Fiche de
renseignements
À REMPLIR - À RETOURNER



Année scolaire

20____ / 20____

NOUS SOUSSIGNÉS :

* Nom et prénom du père :

Domicilié à :

* Nom et prénom de la mère :

Domiciliée à :

* Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou représentant légal :

Domicilié(e) à :

Agissant en qualité de représentant-e légal-e (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) **de :**

* Nom et prénom de l'enfant :

AUTORISE La Fédération Léo Lagrange dont le siège est :
4bis rue Paul Mesplé
31081 TOULOUSE cedex
et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à :

- Photographier/Filmer mon enfant
- Reproduire son image
- Diffuser et publier cette image sous format CD ou clé USB auprès des familles dont les enfants ont participé à des séjours.

- Diffuser et publier cette image ou film afin d'illustrer les projets d'animation sur le site internet de la ville, de la Fédération Léo Lagrange et leurs blogs associés, les publications (plaquette d'information de l'accueil de loisirs, documents pédagogiques, bulletin d'information de la ville), les médias (la presse écrite et audio-visuelle).

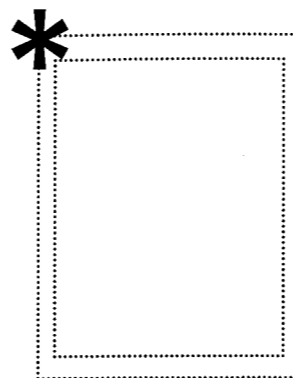
Cette autorisation est valable pour une année scolaire à compter de la signature de la présente.

RENONCE à tout recours contre la Fédération Léo Lagrange ou toute personne physique ou morale qu'elle aurait mandatée au titre de la prise d'image de mon enfant, de sa diffusion et publication.

Fait à _____ le, _____

Signature des parents ou des représentants légaux
(précédée de la mention « Lu & approuvé »)

Pour les mineurs de plus de 13 ans,
signature de l'enfant



* **L'ENFANT OU LE JEUNE**

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) à :

Né(e) le :

à :

Etablissement scolaire :

Classe :

LES PARENTS /Contacts téléphoniques

PÈRE : Nom

Prénom

Tél/Domicile

Tél/Travail (poste)

Tél/Portable

Accueil de Loisirs Associé à l'École (ALAE)

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

Séjours et Journées « Découverte » (JD)

Accueil-Jeunes

Centre d'Animation Jeunes (CAJ)

Accueil de Loisirs Associé au Collège (ALAC)

Cellule d'Appui aux Projets Jeunes (CAPJ)

Autres

MÈRE : Nom

Prénom

Tél/Domicile

Tél/Travail (poste)

Tél/Portable

* **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

1- La Fédération Léo Lagrange à photographier/filmer mon enfant : oui non
Si oui, veuillez compléter l'imprimé situé au verso de la fiche sanitaire.

2- Les personnes suivantes à venir chercher l'enfant (s'il s'agit de mineur, uniquement à partir de 10 ans révolus).

Nom/Prénom Tél

Nom/Prénom Tél

Nom/Prénom Tél

Nom/Prénom Tél

3- L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans).

ALAE oui non Heure de départ

ALSH oui non Heure de départ

Séjour et JD oui non



LES PARENTS / Coordonnées complètes

PÈRE : Adresse MÈRE : Adresse

Profession Profession

Employeur Employeur

E-mail E-mail



LES FRÈRES ET SOEURS

Nom/Prénom Né(e) le

Nom/Prénom Né(e) le

Nom/Prénom Né(e) le

Nom/Prénom Né(e) le



AUTORITÉ PARENTALE

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

non (joindre obligatoirement la copie du justificatif correspondant : décision de justice, livret de famille, etc.).

Nom et adresse de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

.....

.....



AUTRES

N° Sécurité Sociale :

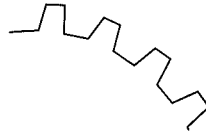
N° CAF* ou MSA :

*Pensez à transmettre la carte «Vacances et Loisirs» pour les familles qui en sont bénéficiaires.

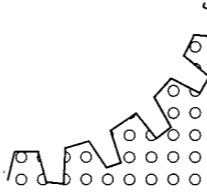
Assurance Responsabilité Civile : N° de contrat :

Fait à le,

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale,



Fiche sanitaire de liaison



Nom de l'enfant : Garçon

Prénom : Fille

Date de naissance :



VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | | | DATES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|------------------------|---------------------|-----|-----|------------------------|
| | OUI | NON | | | OUI | NON | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rougeole | | | |
| Polio | | | | Oreillons | | | |
| | | | | Rubéole | | | |
| | | | | Coqueluche | | | |
| | | | | Autres (précisez) | | | |



Reconnaissance MDPH

Bénéficiaire de l'AAEH



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Problèmes de santé :

Asthme Allergies, précisez :

Autres, précisez :

Attention ! En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant ou le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).
En dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.
Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux...).

.....

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

.....

.....

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
Date **Signature,**