

## AUTORISATION PARENTALE SEJOUR CULTUREL FESTIVAL D'AVIGNON 2020

M., M<sup>me</sup> (PRENOM ET NOM)

Domicilié(e)s à :

Téléphone domicile :

Téléphone autre :

Agissant en qualité de père, mère, tuteur (*rayez la mention inutile*)

Autorise l'enfant (PRENOM ET NOM) :

Né(e) le : à :

À participer au **Séjour Culturel (4 jours / trois nuits)**

Organisé par : La compagnie INDICE 2

Qui se déroulera :

**DU 07 AU 10 JUILLET 2020**

**PARC DES LIBERTES**

**4682 ROUTE DE L'ISLON**

**84000 AVIGNON**

Je soussigné,

responsable du jeune mineur,

- autorise mon enfant à participer à ce séjour,
- autorise les responsables du séjour à utiliser les moyens de transport occasionnés par l'activité,
- autorise les responsables du séjour à faire pratiquer, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état du jeune (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales),
- déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation du séjour.

Fait à

Le

Signature

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

## Accueil :

- Séjour de vacances  
 Accueil de loisirs  
 Séjour dans une famille

Dates du séjour : **DU 07 AU 10 JUILLET 2020**

Adresse : **PARC DES LIBERTES 4682 ROUTE DE L'ISLON 84000 AVIGNON**

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non  
 Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

---

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

---

---

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom :

Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tel domicile :

Tel travail :

Tel portable :

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

## **PARTICIPATION FINANCIERE**

Une participation financière de plus ou moins 100,00€ sera demandée aux familles. Le montant exact de la participation sera déterminé en fin de saison pour pouvoir prendre en compte les différents fonds qui auront été recueilli pour le projet.