

DROIT A L'IMAGE



AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné M. Mme (Nom) :(Prénom) :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : **Prénom** :

AUTORISE ●

N'AUTORISE PAS ●

- Les représentants de l'association : **WORLD BASKET CAMPS**
- à prendre mon fils/ma fille en photo à réaliser un film
- à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication :
- sur le site Internet de l'accueil de loisirs/de l'association
- sur l'album photos/le film qui sera réalisé à l'issue du séjour
- sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du stage/de l'association.

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'association est garanti, de même que le droit de retrait.

Fait à:

Le :...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »

AUTORISATION PARENTALE



Je, soussigné M. Mme (Nom) :(Prénom) :

N°SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../...../

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : Prénom :

N° LICENCE :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Je soussigné Madame et Monsieur

autorise, mon enfant, à prendre le Bus avec les entraîneurs, et à se déplacer pendant le stage en bus ,durant les activités liés aux stages

- du lundi 28 Juin au samedi 03 Juillet 2021 à 13h00 (Miramas)
- du Lundi 05 Juillet au samedi 09 Aout 2021 à 13h00 (???????????)
- du lundi 12 Juillet au samedi 17 Juillet 2021 à 13h00 (Châteauneuf)
- du Lundi 02 Aout au samedi 07 Aout 2021 à 13h00 (Châteauneuf)
- du Lundi 16 Aout au samedi 21 Aout 2021 à 13h00 (Marseille)

- Atteste que mon enfant, est :

- Apte Médicalement

- Licencié(e)

- Assuré(e) contre les accidents (sinon le signaler)

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constaté par un médecin, dans le cas où mon enfant serait, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MEDICAL.

Fait à:

Le :/...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »

Fiche d'informations Covid-19



FICHE SANITAIRE COVID

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR
SE SOUMETTRE AUX REGLES RELATIVES
A L'ENTREE EN STAGE SPORTIF

Cette déclaration est à présenter, accompagnée d'un examen biologique de dépistage virologique négatif (PCR) ou (Antigénique) réalisé depuis moins de 72 heures avant l'entrée en stage de basket à World Basket Camps.

Je soussigné(e).....

M./Melle.....

Né(e) le :

À :

Demeurant :

Déclare sur l'honneur avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, les symptômes suivants :

- de la fièvre ou des frissons,
- une toux ou une augmentation de ma toux habituelle,
- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel quand je parle ou je fais un petit effort,
- des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles,
- des maux de tête inexpliqués,
- une perte de goût ou d'odorat,
- des diarrhées inhabituelles.

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, aucun des symptômes cités ci-dessus :

Déclare sur l'honneur ne pas avoir connaissance d'avoir été en contact avec un cas confirmé de covid-19 dans les quatorze jours précédent l'entrée en stage.

Fait à :

Le : à heures

Signature du stagiaire :

Signature des représentants légaux :

Fiche Sanitaire



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE :

GARCON □ FILLE □

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETE 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
Diphthérie				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 CONTRÉ-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

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
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

AUMENTAIRES

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