|  |
| --- |
| **SESSIONS 2020**  **OBLIGATOIRE POUR TOUT JEUNE DE MOINS DE 18 ANS  NON ACCOMPAGNE DE SES PARENTS** |

**AUTORISATION PARENTALE**

N° inscription : \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_

Nous soussignés :

Monsieur

Madame

Autorisons notre enfant ……………né(e) le ……………………..

à participer à la session du xx/xx/2020 au xx/xx/2020 à XXXX, organisée par l’association EMMA xxxxx et animée par l’association de la Communauté de l’Emmanuel et de la Fraternité de Jésus.

Autorisons les responsables de l’évènement à prendre, le cas échéant toutes les mesures nécessitées par l’état de santé de notre enfant, notamment en cas d’urgence (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

Autorisons/n’autorisons pas (rayer la mention inutile), l’utilisation, la reproduction et la diffusion par ACEFJ et l’association EMMA xxxx, dans leurs supports de communication respectifs, de toute photographie, image et vidéo de notre enfant prise lors de l’événement précité.

Nos coordonnées pendant l’activité :

Téléphone du père :

Téléphone de la mère :

Adresse :

Date : A :

Signature du père : Signature de la mère :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **NOM :** | **PRENOM :** | |

**CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L’ENFANT**

N° inscription : \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_

­­­

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Vaccinations | Vaccins pratiques : | Dates : |  |  |  | | --- | --- | | DT Polio | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | DT Coq | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | Tétracoq | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | Autres vaccins | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Autres informations : |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Antituberculeuse (BCG) | Dates : |  |  |  | | --- | --- | | 1er vaccin | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | Revaccination | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  | | --- | --- | | Renseignements médicaux | concernant l’enfant |  |  | | --- | | maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales… |  |  |  | | --- | --- | | Allergies | médicamenteuses et alimentaires |  |  | | --- | |  |  |  |  | | --- | --- | | Recommandations | des parents |  |  | | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Autres renseignements : |  | |  |  | | Actuellement l’enfant suit-il un traitement ? | | oui | | non | | Si oui lequel ? | | | | | | **Si l’enfant doit suivre un traitement pendant son séjour,**  **n’oubliez pas de joindre l’ordonnance aux médicaments et de les donner lors de l’accueil.** | | | | | |  | | | | | |

**Date et signature des parents :**