

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

SORTIES SCOLAIRES AVEC NUITÉE(S) UN DOSSIER PAR ENFANT

Médicaments, régimes éventuels, soins journaliers à donner à l'enfant :

.....

Si l'enfant porte des lunettes, références des verres :

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités physiques ? Si oui, lesquelles ?

.....

Existe-t-il des allergies à certains médicaments ? Si oui, lesquelles :

.....

Autres renseignements concernant l'état physique de l'enfant :

.....

Joindre les photocopies des certificats de vaccinations obligatoires ou les certificats de contre-indication.

Couverture sociale de l'enfant :

Caisse primaire de Sécurité Sociale :

Désignation :

N° d'assuré :

Désignation de la mutuelle (éventuellement) :

N° d'assuré :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Qualité (père, mère, ...) :

Nom, prénom :

Adresse personnelle : Tél :

Adresse professionnelle Tél :

Qualité (père, mère, ...) : Nom, prénom :

Adresse personnelle : Tél :

Adresse professionnelle : Tél :

Autorisation des parents en cas d'intervention chirurgicale urgente.

Je soussigné(e) nom, prénom :

demeurant à :

agissant en qualité de : père, mère ; tuteur, tutrice * **responsable**

de l'enfant nom, prénom, date de naissance :

déclare :

- 1) autoriser l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation.
- 2) avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées :
en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les justificatifs des frais et le dossier médical seront adressés à la famille pour un éventuel remboursement).

A le

Signature :

*rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON POUR LE SEJOUR A L'ATELIER CEAPC

Duau

Nom :Prénom

Classe :

Renseignements médicaux concernant l'élève

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? Si oui, précisez lesquelles :

-
-
-

Est-il allergique aux traces ?

Oui

Non

Votre enfant suit-il un régime particulier (végétarien, sans porc....) ?

Si oui, précisez lequel :

L'Atelier Ceapc vous remercie pour ces informations qui permettront à votre enfant d'avoir des repas adaptés à sa pathologie.

Les PAI restent soumis à l'obligation de présentation d'une ordonnance du médecin.

Autorisation de droit à la reproduction des œuvres réalisées à l'Atelier CEAPC

Je soussigné(e)

Représentant(e) légal(e) de

.....

demeurant.....

autorise gracieusement pour (nom / prénom de l'enfant) :.....

Dans le cadre du séjour de votre enfant à l'Atelier CEAPC, Ker Héol, 6 rue du Parc Zalé, 29710 Plogastel St Germain, j'autorise l'association L'Atelier CEAPC à reproduire sur support physique ou digital des œuvres collectives et/ou individuelles qu'il ou elle aura réalisées.

Les images recueillies lors du passage de votre enfant à l'Atelier CEAPC pourront être utilisées directement par l'association sous toutes formes et tous supports connus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits notamment pour la presse écrite ou numérique, pour l'édition de livre papier ou numérique, lors de l'organisation d'expositions à destination du grand public, de projections publiques, de concours, et pour l'alimentation du site web de l'association ainsi que de ses comptes sur les réseaux Facebook, Instagram, TikTok, ou toute autre nouvelle plateforme ainsi que pour tous les outils de communication de l'Atelier CEAPC, et notamment flyers, affiches, plaquettes.

L'usage commercial des œuvres est formellement proscrit.

Cette autorisation de droit vous est demandée afin d'œuvrer à la promotion des actions de l'Atelier CEAPC. Faire en sorte que l'association poursuive son action artistique sur le territoire du Finistère, et plus largement sur les départements du Morbihan, des Côtes d'Armor, de l'Ille et Vilaine.

En dépend ainsi la mise en valeur du projet et son développement à travers une exposition organisée chaque année avec les réalisations des enfants.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Fait à :

Le :

Signature

(Faire précéder les signatures de la mention « Lu et Approuvé »)