

# DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ 2024-2025

## ALSH LA CHARPRAIE



SITE D'ACCUEIL : .....

### L'ENFANT

| Nom | Prénom | Date de naissance | École | PAI                      |
|-----|--------|-------------------|-------|--------------------------|
|     |        |                   |       | <input type="checkbox"/> |

### LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

| Nom | Prénom | Qualité<br>(père, mère, tuteur) | Téléphone domicile | Téléphone portable | Téléphone travail |
|-----|--------|---------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|     |        |                                 |                    |                    |                   |
|     |        |                                 |                    |                    |                   |

### PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

**Mon enfant désigné ci-dessus peut être confié éventuellement aux personnes suivantes :**

Une pièce d'identité pourra leur être demandée.

| Nom | Prénom | Qualité<br>(père, mère, tuteur) | Téléphone domicile | Téléphone portable | Téléphone travail |
|-----|--------|---------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|     |        |                                 |                    |                    |                   |
|     |        |                                 |                    |                    |                   |
|     |        |                                 |                    |                    |                   |
|     |        |                                 |                    |                    |                   |
|     |        |                                 |                    |                    |                   |

### PERSONNES NON AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Fournir une copie de la décision de justice concernant l'autorité parentale en cas de séparation.

### AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRÈS L'ACTIVITÉ

Concerne les enfants de CP, CE1, CE2, CM1 et CM2

Oui, j'autorise mon enfant dont le nom est précisé ci-dessus, à rentrer seul après l'activité. Il sera sous ma seule responsabilité durant le trajet du retour.

Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'activité.

En l'absence de choix, l'autorisation de rentrer seul sera supposée.

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

**Je certifie** avoir souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile pour mon (mes) enfant(s) :

Nom de l'assurance..... N° du contrat : .....

### DROIT À L'IMAGE

**J'autorise**  OUI  NON la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative et municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

Tours, le.....  
Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE 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 CONTRE-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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|             |  |                 |   |              |   |                             |   |            |   |
|-------------|--|-----------------|---|--------------|---|-----------------------------|---|------------|---|
| RUBÉOLE     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON        | VARICELLE       | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ANGINE       | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| COQUELUCHE  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON        | OTITE           | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ROUGEOLE     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OREILLONS                   | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |            |   |
| ALLERGIES : | ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | MÉDICAMENTEUSES | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ALIMENTAIRES | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | AUTRES                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |            |   |

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 LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

.....

.....