



## Autorisation Décharge parentale



Je soussigné(e), Mr ou Mme ..... autorise mon enfant ..... né(e) le .... / .... / ..... à participer aux activités proposées durant le « stage vacances » de pâques 2012, organisé par le club de handball de Franois (HBCF).

Les activités proposées durant ce stage comprendront notamment :

- Handball
- Accro-branche
- Grands jeux
- Omnisports

J'atteste que mon enfant sait nager (copie d'attestation de savoir nager de 50m conseillé).

J'autorise les responsables à transporter mon enfant grâce aux transports en commun (ligne de bus « GINKO »), notamment entre le gymnase de Franois et la piscine / patinoire LAFAYETTE de Besançon.

J'autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant toutes mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

J'autorise la diffusion d'image ou de vidéo prise durant les stages à des fins de promotion et de communication autour des activités des clubs, notamment au travers des sites internet.

A la fin de chaque après-midi, un adulte viendra récupérer l'enfant au gymnase.

Si oui : Quelle personne sera présente à 18h00 au plus tard ? Mr ou Mme .....

Si non : J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile.

*Merci de barrer la mention inutile.*

En cas de problèmes ou d'urgence, personne à prévenir .....

Téléphone domicile => .... / .... / .... / .... / ....

Téléphone portable => .... / .... / .... / .... / ....

Téléphone bureau => .... / .... / .... / .... / ....

Le .... / .... / ..... à .....

Signature :



## Fiche sanitaire

(Indispensable en cas d'hospitalisation ou accident)



### *Facultatif si participation : à la Toussaint 2011 ou en février 2012*

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le stage de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

#### 1. Renseignements généraux:

Nom et prénom de l'enfant : ..... Date de naissance .... / .... / .....

Adresse familiale : ..... CP : ..... Ville : .....

N° de sécurité social : .. / ... / .... / ... / ..... / ..... / ....

Référence et adresse de votre centre de sécurité sociale : .....  
.....

Nom et référence de votre mutuelle complémentaire : .....  
.....

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance : .....  
.....

#### 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
Diphtérie				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 antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. Renseignements médicaux :

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 ?

<u>Rubéole</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Varicelle</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Angine</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Rhumatisme articulaire aigu</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Scarlatine</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>Coqueluche</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Otite</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Rougeole</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Oreillons</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Allergies : Asthme Oui  Non  Médicamenteuse Oui  Non   
Alimentaires Oui  Non  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....  
.....  
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladies, accident, crise 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 prothèse auditives, des prothèses dentaires, etc ..  
Précisez : .....  
.....  
.....

Je soussigné(e) Mr ou Mme ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le .... / .... / ..... à .....

Signature :