

AUTORISATION DE
PHOTOGRAPHER/FILMER
ET DE PUBLIER



Fiche de
renseignements
À REMPLIR - À RETOURNER



Année scolaire
20___ / 20___

À REMPLIR - À RETOURNER

NOUS SOUSSIGNÉS :

* Nom et prénom du père : _____

Domicilié à : _____

* Nom et prénom de la mère : _____

Domiciliée à : _____

* Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou représentant légal :

Domicilié(e) à : _____

Agissant en qualité de représentant-e légal-e (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) **de :**

* Nom et prénom de l'enfant : _____

AUTORISE La Fédération Léo Lagrange dont le siège est :
20, chemin du pigeonnier de la Cépière – Bât B
31081 TOULOUSE cedex
et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à :

- Photographier/Filmer mon enfant
- Reproduire son image
- Diffuser et publier cette image sous format CD ou clé USB auprès des familles dont les enfants ont participé à des séjours.

- Diffuser et publier cette image ou film afin d'illustrer les projets d'animation sur le site internet de la ville, de la Fédération Léo Lagrange et leurs blogs associés, les publications (plaquette d'information de l'accueil de loisirs, documents pédagogiques, bulletin d'information de la ville), les médias (la presse écrite et audio-visuelle).

Cette autorisation est valable pour une année scolaire à compter de la signature de la présente.

RENONCE à tout recours contre la Fédération Léo Lagrange ou toute personne physique ou morale qu'elle aurait mandatée au titre de la prise d'image de mon enfant, de sa diffusion et publication.

Fait à _____ le, _____

Signature des parents ou des représentants légaux
(précédée de la mention « Lu & approuvé »)

Pour les mineurs de plus de 13 ans,
signature de l'enfant

* **L'ENFANT OU LE JEUNE**

Nom : _____

Prénom : _____

Domicilié(e) à : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Etablissement scolaire : _____

Classe : _____

LES PARENTS /Contacts téléphoniques

PÈRE : Nom _____

MÈRE : Nom _____

Prénom _____

Prénom _____

Tél/Domicile _____

Tél/Domicile _____

Tél/Travail (poste) _____

Tél/Travail (poste) _____

Tél/Portable _____

Tél/Portable _____

* **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e) _____ agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

1- La Fédération Léo Lagrange à photographier/filmer mon enfant : oui non
Si oui, veuillez compléter l'imprimé situé au verso de la fiche sanitaire.

2- Les personnes suivantes à venir chercher l'enfant (s'il s'agit de mineur, uniquement à partir de 10 ans révolus).

Nom/Prénom _____ Tél _____

Nom/Prénom _____ Tél _____

Nom/Prénom _____ Tél _____

Nom/Prénom _____ Tél _____

3- L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans).

ALAE oui non Heure de départ _____

ALSH oui non Heure de départ _____

Séjour et JD oui non

*** LES PARENTS / Coordonnées complètes**

PÈRE : Adresse MÈRE : Adresse

Profession Profession

Employeur Employeur

E-mail E-mail

*** LES FRÈRES ET SŒURS**

Nom/Prénom Né(e) le

*** AUTORITÉ PARENTALE**

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

non (joindre obligatoirement la copie du justificatif correspondant : décision de justice, livret de famille, etc.).

Nom et adresse de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale :

.....

.....

*** AUTRES**

N° Sécurité Sociale :

N° CAF* ou MSA :

*Pensez à transmettre la carte «Vacances et Loisirs» pour les familles qui en sont bénéficiaires.

Assurance Responsabilité Civile : N° de contrat :

Fait à le,

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale,

Fiche sanitaire de liaison

*** Nom de l'enfant :** Garçon

Prénom : Fille

Date de naissance :

*** VACCINATIONS**

Se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccinations.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rougeole			
Polio				Oreillons			
				Rubéole			
				Coqueluche			
				Autres (précisez)			

*** Reconnaissance MDPH**

*** Bénéficiaire de l'AAEH**

*** RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Problèmes de santé:

Asthme Allergies, précisez :

Autres, précisez :

Attention ! En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant ou le jeune, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).
En dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.
Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux...).

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

.....

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date **Signature,**