



AUTORISATION PARENTALE

Pour nous joindre :
02 31 31 67 64
10h à 17h du lundi au vendredi
contact@equitcomportementale.com
N° d'urgence (Direction) : 06 83 57 69 84

A RETOURNER IMPERATIVEMENT POUR QUE L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT SOIT VALIDEE (PAR COURRIER OU PAR MAIL EN DOCUMENT SCANNE - PHOTOLISIBLE).

Je soussigné(e) :
autorise mon enfant
à dormir dans le lit du haut dans les lits superposés, si c'est le lit qu'il choisit.

CESSION DE DROITS A L'IMAGE :

Autorise l'Académie d'Enseignement Comportemental à faire, dans le cadre des activités du stage, des photographies, des films de mon enfant et à les utiliser dans le cadre des documents, DVD, film, reportage média, relatifs aux stages qu'elle organise.

DECHARGE DE RESPONSABILITES TRANSPORT :

Autorise l'Académie d'Enseignement Comportemental à transporter mon enfant dans le minibus pour des trajets courts (plage de Deauville, Hippodrome de Cabourg, Lisieux, Gare de Lisieux, etc...) pour les besoins du stage.

DECHARGE DE RESPONSABILITE ACCOMPAGNANTS :

Autorise Mme, Melle, Monsieur : à venir chercher mon enfant à la fin du stage puisque je ne peux venir le chercher moi-même.

Date : Signature des parents :

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES (RGPD)

Vos données sont protégées et conservées 2 ans, les modalités sont disponibles au bureau sur simple demande.

Autorisation Parentale @ AEC FIRFOL 2024 - Page 1 sur 1



Académie d'Enseignement Comportemental
Domaine les Chevaux de Firfol 627 Chemin du Rondel - 14100 FIRFOL
SARL Capital de 30 000€ - N° de TVA Intracommunautaire : FR32 44828932200027
N° de formateur : 25 1402 115 14
www.firfol.com Courriel : contact@equitcomportementale.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Document confidentiel
Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

NOM DU MINEUR : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg. **Taille** :m (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES :
ALIMENTAIRES : oui non
MÉDICAMENTEUSES : oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** oui non **si oui précisez :**

.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, **comportement de l'enfant**, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, **déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :