





## AUTORISATIONS ET DECHARGES PARENTALES

NOM et PRENOM de l'enfant : .....

Je soussigné, **NOM et PRENOM** du représentant légal : .....

### ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

J'atteste que le participant est couvert par une assurance responsabilité civile et qu'il est en bonne santé (non contre-indication à la pratique d'activités).

### INFORMATION RYHTME DE VIE (pour les enfants de- de 6 ans)

Mon enfant fait la sieste.

### ATTESTATION DE NATATION – APTITUDE AUX PRATIQUES SPORTIVES

J'atteste que l'inscrit ci-dessus sait s'immerger et nager 25 mètres

J'atteste que l'inscrit ci-dessus ne sait pas s'immerger et nager 25 mètres. Equipé d'un gilet de sauvetage, il sera donc soumis par le Centre Nautique à un test visant à vérifier l'absence de réaction de panique dans l'eau. Si réaction de panique il y a, il ne pourra pas participer à l'activité.

J'atteste que mon enfant ne présente aucune contre-indication quant à la pratique d'activités sportives.

J'autorise mon enfant à participer aux activités du Centre Nautique à Aydat.

### DECHARGE PARENTALE :

Autorise les responsables de l'association FAL. de l'accueil de Loisirs de Mond'Arverne communauté à prendre les mesures nécessaires à la prise en charge de mon enfant par les services médicaux ou hospitalier.

**OUI** **NON**

J'autorise l'association FAL à transporter mon enfant par autocar pour les séjours et sorties.

**OUI** **NON**

Mond'arverne communauté encourage le covoiturage. Pour participer et soutenir cette initiative, acceptez-vous que vos coordonnées soient communiquées à d'autres familles du territoire :

**OUI** **NON**

### DROIT A L'IMAGE :

J'autorise Mond'arverne communauté et la FAL à utiliser l'image de mon enfant ..... dans le cadre des activités proposées par l'accueil de Loisirs que ce soit lors d'une utilisation interne ou pour des articles (presse locale, régionale, bulletins, municipaux, site internet, etc....)

**OUI** **NON**

### Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant en fin de journée :

<u>NOM</u>	<u>PRENOM</u>	<u>LIEN AVEC L'ENFANT</u>	<u>NUMERO DE TELEPHONE</u>

Signature :

**Dossier à retourner complet**  
 Secteur animation jeunes – FAL 63 – inscription alsh itinérant  
 Mond'Arverne Communauté  
 Rue Pierre et Marie Curie | 63730 LES MARTRES-DE-VEYRE  
 AUDE GRASA | T. 06.78.53.98.46 | M. alsh@mond-arverne.fr



**Éléments de fiche sanitaire de liaison**  
**(Une photocopie du carnet de vaccination est exigée en complément)**

Nom de l'enfant : .....  
 Prénom de l'enfant : .....

ALLERGIES :    ASTHME                    OUI                     NON                     MEDICAMENTEUSES    OUI                     NON   
                      ALIMENTAIRES    OUI                     NON                     AUTRES .....

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

**Indiquer ci-après :**  
 Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **précautions à prendre**.  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Recommandations utiles des parents**  
 Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?  
 Préciser.  
 .....  
 .....  
 .....

**Responsable de l'enfant :**  
 NOM.....Prénom.....  
 Adresse (pendant le séjour) .....  
 .....  
 TEL. fixe et portable domicile .....  
 TEL bureau .....

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*  
 Signature :

**Dossier à retourner complet**  
 Secteur animation jeunes – FAL 63 – inscription alsh itinérant  
 Mond'Arverne Communauté  
 Rue Pierre et Marie Curie | 63730 LES MARTRES-DE-VEYRE  
 AUDE GRASA | T. 06.78.53.98.46 | M. alsh@mond-arverne.fr