Autorisation pour venir chercher un enfant ou laisser rentrer seul

Les enfants mineurs ne peuvent être confiés qu’à des personnes en ayant reçu l’autorisation des parents ou du responsable légal.

Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l’enfant et un numéro de téléphone.

* Nous, soussignés, ……………………………………………………………………., père, mère, responsable légal (1), de l’enfant : …………………… …………………………………….., autorisons les personnes indiquées ci- dessous à venir chercher notre enfant. TELEPHONE :……………………………………………..
* J’autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de la séance.

**DROIT A *L’IMAGE***

*Dans* le cadre du droit à l’image, j’autorise mon enfant à être filmé à des fins strictement pédagogiques et à apparaître sur le site Internet « blocabrac.fr » 🗖oui 🗖 non

## A…………………………………., le………………… Signature

ATTESTATION D’APTITUDE

**Le pratiquant ou la personne responsable déclare que mon/son état de santé lui permet de pratiquer des activités sportives proposées par BLOCABRAC et plus particulièrement d’utiliser les services, matériels et installations, et notamment qu’il ne souffre d'aucune maladie, notamment cardiaque ou respiratoire, blessure, ou inaptitude physique de nature à l’empêcher de pratiquer les activités et services objets du Contrat.**

* Je reconnais avoir pris connaissance de cette recommandation et décharge la société exploitante de toute responsabilité quant à la survenue d’un accident lié à mon/son état de santé
* Questionnaire de santé (remplace le certificat médical <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14888> )

**PARENTS (OU RESPONSABLE LEGAL)**

**PERE/MERE** NOM: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PRENOM: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

ADRESSE (si différente de l’enfant) : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . .. . . . .

CP : ……………………………. VILLE : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

TEL DOMICILE : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

TEL PORTABLE : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . TEL BUREAU : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

EMAIL : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**LA PERSONNE CONCERNEE**

*NOM : …………………………………………… PRENOM : ………………………………………………………*

*SEXE : H / F DATE DE NAISSANCE :………………………………….*

*ADRESSE : …………………………………………………………………………………………………………………*

*CP : ………………………………. VILLE : ……………………………………………………*

**CRENEAUX HORAIRES**

🗖Baby 🗖8/12 ans 🗖Mercredi 🗖 Vendredi

🗖 5/7 ans 🗖Adultes/Ados 🗖samedi

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**VACCINATIONS**

(Se référer au carnet de santé́ ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

**Vaccins obligatoires**

Diphtérie Tétanos Poliomyélite Ou DT polio 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

**TRAITEMENTS**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux cycles escalade ? Oui  non 

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**ALLERGIES**

ASTHME : OUI 🖵 NON 🖵 ALIMENTAIRES : OUI 🖵 NON 🖵

MEDICAMENTEUSES : OUI 🖵 NON 🖵 AUTRES .................................................

PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

P.A.I (projet d’accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles) ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE. ................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité́ de peau, crème solaire)

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

Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d’un médecin et/ou un service d’urgence seuls habilités à définir l’hôpital de secteur.

Date : Signature :