

DROIT A L'IMAGE



AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné M. Mme (Nom) :(Prénom) :

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : Prénom :

AUTORISE ●

N'AUTORISE PAS ●

- Les représentants de l'association : **WORLD BASKET CAMPS**
- à prendre mon fils/ma fille en photo à réaliser un film
- **à utiliser cette/ces photo(s) pour une publication :**
- sur le site Internet de l'accueil de loisirs/de l'association
- sur l'album photos/le film qui sera réalisé à l'issue du séjour
- sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du stage/de l'association.

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'association est garanti, de même que le droit de retrait.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »

AUTORISATION PARENTALE



Je, soussigné M. Mme (Nom) : (Prénom) :

N°SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : **Prénom** :

N° LICENCE :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Je soussigné Madame et Monsieur

autorise, mon enfant, à prendre le Bus avec les entraîneurs, et à se déplacer pendant le stage en bus, durant les activités liés aux stages

- du lundi 01 Juillet au samedi 06 Juillet 2019 Miramas)
- du lundi 05 Juillet au samedi 10 Aout 2019 (Châteauneuf)
- du lundi 12 Aout au samedi 21 Aout 2019 DAKAR (Sénégal)

Info sur le site: www.worldasketcamps.com

- **Atteste que mon enfant, est :**
- **Apte Médicalement**
- **Licencié(e)**
- **Assuré(e) contre les accidents (sinon le signaler)**

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constaté par un médecin, dans le cas où mon enfant serait, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, à donner en mon nom, lieu et place, toutes autorisations nécessaires pour tout acte opératoire d'anesthésie qui serait décidé par le CORPS MEDICAL.

Fait à:

Le :...../...../.....

REGLEMENT INTERIEUR



WORLD BASKET CAMPS

Conditions générales :

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** est censée connaître le présent règlement.

Assurances des stagiaires :

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier et individuel accident. **World Basket Camps** dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradation, de biens personnels ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration:

Le calme doit régner en permanence dans l'internat et les lieux de restauration. Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement.

Sont interdits dans l'internat et les locaux communs aux stagiaires la consommation d'alcool et de tabac.

Paielement :

L'inscription est prise en compte dès que l'acompte ou la totalité du règlement est versé.

Le solde dû sera versé à l'arrivée du stagiaire si la totalité du règlement n'a pas été faite à l'inscription. En cas de désistement, et sur justification :

- moins de 10 jours avant le début du stage l'acompte reste dû.
- 10 jours avant le début du stage, l'acompte sera rendu.
- Toute annulation de réservation de dernière minute peut engendrer des frais entre 50€ à 80€.

World Basket Camps se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement des sommes déjà avancées.

Les arrêts en cours de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraiement.

Renseignements médicaux :

Les parents des stagiaires informent **World Basket Camps**: des traitements, soins, régimes, allergies..., des particularités d'ordre médical qui affectent les enfants à l'aide de la fiche sanitaire de liaison, du numéro de sécurité sociale, adresse de la Caisse maladie, éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

En cas d'accident, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des familles des enfants mineurs.

Autorisation :

Les parents autorisent le responsable du camp ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence concernant leur enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

Je soussigné(e),, représentant(e) légal(e) de

l'autorise à participer au Camps de WBC à Miramas et CHATEAUNEUF (cocher la période) :

- du lundi 01 Juillet au samedi 06 Juillet 2019 Miramas)
- du lundi 05 Juillet au samedi 10 Aout 2019 (Châteauneuf)
- du lundi 12 Aout au samedi 21 Aout 2019 DAKAR (Sénégal)

reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter totalement.

A.....

Le:...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES 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** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES 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 PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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