

Renseignements médicaux

Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé

NOM du jeune: _____ Prénom : _____

médecin traitant _____ N° de Tél : _____

Personnes à prévenir

Nom	Prénom	Téléphone

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Repas normal Ou Repas sans viande Ou Repas sans porc

Le JEUNE A-T-IL DES ALLERGIES : OUI (Merci de fournir le P.A.I.) NON

Asthme Médicamenteuse : à préciser _____

Alimentaire : _____ Autre : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

LE JEUNE SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : OUI NON à la maison

Si OUI (au centre), joindre la photocopie de l'ordonnance médicale et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris et/ou donné sans ordonnance en cours de validité (maximum 1 an).

OBSERVATIONS :

Autorisations parentales

Nous soussignés _____

Autorisation de transport

Autorisons la CCPOH à transporter notre jeune en bus ou en navette dans le cadre des différentes activités mises en place par les services.

Retour à la maison

Autorisons le retour seul du bus jusqu'à notre domicile et autorisons le retour seul du lieu d'activité jusqu'à notre domicile.

Dégageons la CCPOH de toute responsabilité en cas de problème sur le temps du trajet.

Autorisation de Filmer/photographier

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre jeune apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants :

- publication dans le magazine intercommunal,
- documents destinés à promouvoir les services et la CCPOH,
- exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire..., par les services de la CCPOH,
- site internet de la CCPOH,
- promotion des services et des activités dans la presse quotidienne régionale

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial.

Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

Si le jeune prend des photos avec son téléphone portable, la CCPOH se désengage de toutes responsabilités.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI

NON

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et nous engageons à en respecter toutes les clauses.

Déclarons avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil et du règlement intérieur des services de la CCPOH et certifions que notre jeune est actuellement apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et les sorties.

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les différents responsables d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Nous engageons à payer la part des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

A _____, le ____/____/____/ mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

Documents suivants à fournir photocopiés

Documents obligatoires

	Documents obligatoires
1	Pages vaccins du carnet de santé de l'enfant (lisibles et à jour)
2	2 Photos récentes du jeune
3	Attestation d'assurance en cours de validité (responsabilité civile) à renouveler chaque année scolaire.

Documents facultatifs

	Documents facultatifs
1	Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive pour toute activité sportive (valable 3 ans)
2	Pièce d'identité en cours de validité pour toute sortie hors territoire
3	Test d'aisance aquatique pour les activités nautiques spécifiques

La CCPOH dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les coordonnées des usagers du service pour une durée d'un an. Les informations recueillies sont réservées à l'usage concerné et ne peuvent être communiquées qu'à la CCPOH. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la CCPOH 1 rue d'Halatte 60700 Pont-Sainte-Maxence.

Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256
60700 Pont-Sainte-Maxence
Tél. 03 44 29 48 80
Fax. 03 44 29 48 79
Mail : poleservices@ccpoh.fr

