

NOM:..... PRENOM:.....

Sexe: F M Date de Naissance:/...../.....

Nationalité:.....

Adresse où réside l'enfant:

Code Postal..... Ville:.....

Représentant légal de l'enfant: Père Mère Tuteur

NOM:..... PRENOM:.....

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre mail:

.....@.....

Adresse:Code Postal:.....Ville:.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

N° Allocataire CAF: Caisse:.....

N° Sécurité Sociale: Caisse:

Responsable de l'enfant pouvant être contacté (Obligatoire)

NOM:..... PRENOM:.....

Relation avec l'enfant: e-mail:.....@.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

Je soussigné..... représentant légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription de l'association TACT et autorise la Direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'atteste avoir pris connaissance du règlement. J'autorise que mon enfant soit pris en photos et puisse paraître dans la presse et sur le compte facebook de l'association.

Lu et approuvé

Date

Signature



**FICHE SANITAIRE
DE LIASON**

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT :
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR 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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphithérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DTP polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracox					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE 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 marqués 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
ARTICULAIRE	NON	OUT	NON	OUT
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUT	NON	OUT	NON	OUT

ALLERGIES : ASTHME
ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non
oui non AUTRES .

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

OBSERVATIONS

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISTE DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



AUTORISATION DE DIFFUSION

Autorisation valable du 01 janvier 2026 au 31 décembre 2026

JE SOUSSIGNÉ (E) :

Domicilié (e).....
.....

En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)

.....

Né(e) le.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à le

BON POUR ACCORD,

Signature