

## FICHE ADMINISTRATIVE

Adresse de l'enfant : .....

CP..... VILLE.....

**NOM / PRENOM du responsable légal :** .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

### CONTACTS :

**Mère :** Nom : ..... Prénom : .....

 : .....

 : .....

**Père :** Nom : ..... Prénom : .....

 : .....

 : .....

### Tuteur légal (si différents des parents) :

Nom : ..... Prénom : .....

 : .....

 : .....

### Autre(s) personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Mr ou Mme .....

 : .....

Le montant de participation par enfant est de **30 € pour la semaine.**

Joindre à ce dossier un règlement : (le dossier sera déclaré COMPLET, uniquement avec le règlement)

- par chèque n° .....  en espèces  
à l'ordre du CSRVT (sous enveloppe avec nom de l'enfant)

## AUTORISATIONS

### AUTORISATION PARENTALE

- Je soussigné(e), ..... autorise mon enfant :
- à participer aux activités organisées dans le cadre de la semaine « TOUS SAINS » par la Communauté de Communes du Vexin-Thelle et le Centre Social Rural du Vexin-Thelle.
  - à prendre le bus pour se rendre aux activités organisées durant la semaine.

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable des animations, à prendre, dans le cas échéant, toutes mesures ( traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

### AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) .....  
autorise mon enfant  n'autorise pas mon enfant

à quitter seul le lieu d'accueil pour se rendre à son domicile.

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER MON ENFANT :

.....

### DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), .....  
responsable de l'enfant .....  
 autorise  n'autorise pas

la Communauté de Communes à utiliser les photos et films de mon enfant, pris lors des différents moments de vie, pour des expositions au sein des différents clubs sportifs et culturels accueillants les enfants ou pour les publications de la collectivité (dépliants, rapports...)

Fait à ..... le .....  
Signature :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Votre enfant suit-il un traitement  OUI  NON

*Si le traitement est à prendre pendant sa présence aux activités, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom du jeune avec la notice) ainsi qu'une autorisation parentale. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.*

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ou autre  OUI  NON

*Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :*

.....

.....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé :  OUI  NON

*Si oui, précisez les causes et les précautions à prendre ou recommandations :*

.....

.....

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèse, etc...) :

.....

.....

### DOCUMENTS OBLIGATOIRES LORS DE CHAQUE EDITION :

- Copie de pièce d'identité ou passeport ou acte de naissance de l'enfant,
- Certificat médical d'aptitude au sport de moins de 3 mois sur lequel le médecin doit certifier que les vaccins sont à jour
- Attestation « savoir nager » pour les activités nautiques et aquatiques

J'atteste avoir pris connaissance du règlement.  
Fait à ..... Le .....

Signature :

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à avoir une base de données dédiée à la gestion de la « Semaine Tous Sains 2021 ». Les destinataires des données sont : Le club de plongée, la Communauté de Communes du Vexin-Thelle et le Centre Social Rural. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et concernent votre enfant, vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à la Communauté de Communes du Vexin-Thelle – Service des Sports - 6 rue Bertinot Juel – Espace Vexin-Thelle n° 5 – 60240 Chaumont en Vexin. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant ou concernant votre enfant.*

# DOSSIER D'INSCRIPTION TOUS SAINS

Une semaine de découverte  
sportive, culturelle et  
citoyenne  
Du 25 octobre au 29 octobre 2021

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

FILLE  GARCON

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

Photo obligatoire



Communauté de Communes du Vexin Thelle  
6 rue Bertinot Juel, Espace Vexin-Thelle n°5, 60240 Chaumont-en-Vexin  
Tél : 03.44.49.15.15 Fax : 03.44.49.41.59 E-mail : [sazzala@vexinthelle.com](mailto:sazzala@vexinthelle.com)