



# DEMANDE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Responsable légal (si le stagiaire est mineur) de :

☛ **Autorise** L'association AROÉVEN Dijon-Bourgogne domiciliée 1 avenue du lac 21000 Dijon et représentée par sa Présidente Marie Christine BEGRAND.

À capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus) réalisés à \_\_\_\_\_ durant la période du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

☛ Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** aux données vous concernant qui seront conservées pendant 3 ans. Pour exercer ce droit, adressez-vous à : MARCHAL Myriam Responsable BAFA

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Publication dans une revue, ouvrage ou journal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Présentation au public lors d'expositions      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Illustration des sites AROÉVEN                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Réseaux sociaux de l'association               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Chaîne Youtube                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Blog du séjour                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'AROÉVEN considérera que le consentement est refusé.**

Fait le :

à :

en deux exemplaires.

**Signature**

---

## CASIER JUDICIAIRE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste ne pas être frappé par une incapacité pénale consécutive à une condamnation définitive pour un crime ou à 2 mois au moins d'emprisonnement sans sursis pour un des délits inscrits à l'article L.133-6 du code de l'action sociale et des familles (ex : atteint à l'intégrité, mise en péril des mineurs, agression sexuelle, abus de confiance, escroquerie, trafic de stupéfiants...) et ne pas faire l'objet d'une mesure administrative de suspension ou d'interdiction auprès des mineurs en application de l'article L.227-10 du même code. Cet article évoque une personne "qui présenterait des risques pour la santé et la sécurité physique ou morale des mineurs".

**Signature :**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PHOTO

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI LE STAGIAIRE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Joindre impérativement une **ordonnance** récente et les **médicaments** si votre fils, fille suit un traitement médical

A titre indicatif LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :** ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES\* oui non  
ALIMENTAIRES\* oui non AUTRES

\*Si oui précisez :

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

## 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

LE (LA) PARTICIPANT(E):

PORTE-T-IL (ELLE) DES LENTILLES : oui non  
PORTE-T-IL (ELLE) DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non  
PORTE-T-IL (ELLE) DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non  
**A UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :** **oui non**  
**Si oui lequel :**

## 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon fils, ma fille à participer aux activités physiques et sportives : oui non  
J'autorise mon fils, ma fille à participer aux baignades surveillées : oui non  
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

## 5 -RESPONSABLE DU PARTICIPANT EN CAS D'URGENCE

NOM et PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

BUREAU :

*Je soussignée, responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de formation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon fils, de ma fille. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. Je l'autorise également à voyager seul(e) dans le cadre des activités ou à la demande du Directeur du stage*

Date :

Signature :

