

AUTORISATION PARENTALE

A remplir par la(les) personne(s) détenant l'autorité parentale

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal).....

.....

Demeurant à

.....

Certifiant être joignable, toute la journée au numéro(s) de téléphone suivant(s) :.....

En qualité de représentant légal de l'enfant mineur (nom et prénom de l'enfant)

.....

Né (e) le (date et lieu de naissance) : / / 20 à

Demeurant à (adresse complète) :.....

.....

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique « *Moi, mon corps et mes envies* », qu'elles se passent dans les locaux prévus à cet effet ou à l'extérieur, si besoin.

Par ailleurs, **(cochez les cases pour validation)**

J'accepte

Je n'accepte pas

que mon enfant soit photographié et que ces images fassent l'objet d'un usage interne.

Fait à , le

Signature :

NB : Document à établir avec chacune des personnes ayant l'autorité parentale.

CERTIFICAT

A remplir par le médecin

Principaux antécédents médicaux :

Asthme oui non

Allergies alimentaires oui non

le(s)quelle(s) :

Allergies médicamenteuses : oui non

le(s)quelle(s) :

Autres :.....

En cas d'allergies et/ou traitements, précisez la (les) conduite(s) à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

Certificat d'aptitude à la vie en collective :

L'enfant ne présente pas de signes cliniques apparents contre indicateurs à une vie en collectivité : oui non

Certificat d'aptitude à la pratique d'une activité physique et/ou sportive :

L'enfant ne présente pas de signes cliniques apparents contre indicateurs à la pratique d'une activité physique et/ou sportive : oui non

Fait à , Le

Cachet et signature du médecin

Document établi en trois exemplaires : un exemplaire est remis au(x) parent(s) du patient, le deuxième est conservé par le médecin et le troisième exemplaire est remis au coordonnateur de l'équipe éducative.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de bien vouloir vous adresser au référent administratif.

DECHARGE

A remplir par la(les) personne(s) détenant l'autorité parentale

Je soussigné(e) (NOM et prénom du représentant légal).....

.....

Demeurant à

Certifiant être joignable, durant toute la durée de l'atelier au numéro(s) de téléphone

suivant(s) :.....

En qualité de représentant légal de l'enfant mineur (nom et prénom de l'enfant)

..... Lien de parenté :

Né (e) le (date et lieu de naissance) : / / 20 à

Demeurant à (adresse complète) :.....

.....

Autorise M.- Mme – Mlle (NOM et prénom)

Demeurant à

(un justificatif de pièce d'identité pourra être demandé)

Certifiant être joignable, durant toute la durée de l'atelier au numéro(s) de téléphone

suivant(s) :.....Lien de parenté avec l'enfant :

à venir chercher mon enfant à la fin de l'atelier qui se déroulera :

le / / 20 de h à h

à l'adresse suivante :

.....

Fait à , le

Signature(s) :

Document établi en trois exemplaires : un exemplaire est remis au(x) parent(s) du patient, le deuxième est conservé par le médecin et le troisième exemplaire est remis au coordonnateur de l'équipe éducative.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre de l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de bien vouloir vous adresser au référent administratif.