

**SERVICE MEDICAL**  
**IMPORTANT – A remplir obligatoirement**

M. - Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Parents, Tuteur Légal, Responsable (1)

de l'Elève \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**En cas d'impossibilité à joindre la personne ci-dessus Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible d'être prévenue :**

M. - Mme \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Il est rappelé aux familles :

En cas d'urgence, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers, Samu) vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

\* Médecin traitant \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

\* **En cas d'urgence**, j'autorise la Direction à prendre toutes dispositions nécessaires : OUI - NON (1)  
y compris l'hospitalisation

\* **Sinon restrictions éventuelles :**

LU et APPROUVE, DONNE SON ACCORD

Date et Signature

Observations particulières que vous jugerez utiles à la connaissance :

- Maladies :

- Allergies :

- Contre indication :

(1) **Barrer les mentions inutiles.**



## DECHARGE DE TRANSPORT

Je soussigné (e) :

Madame, Monsieur **(1)** \_\_\_\_\_

Responsable de l'Elève \_\_\_\_\_

en classe de \_\_\_\_\_

autorise Monsieur le Directeur du LEAP Fontlongue à faire transporter

mon fils **(1)**                      ma fille **(1)**

dans le moyen de transport mis en place par le LEAP Fontlongue en cas de déplacements ponctuels, sorties pédagogiques, voyages d'études....., durant toute l'année scolaire 2021-2022

Le \_\_\_\_\_

Signature

**(1) Rayer la mention inutile**

**ATTESTATION**  
**DROIT A L'IMAGE ET AU SON**  
Valable pour une durée de 10 ans

Dans le cadre du droit à l'image (photo, vidéo, doc sonore,) veuillez remplir l'autorisation suivante :

Pour l'élève Mineur

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Parent de l'élève \_\_\_\_\_  
Classe de \_\_\_\_\_

Autorise le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéos et documents sonores sur lesquelles il(elle) est présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire. Et m'engage à ne percevoir aucune indemnité, ou en demander, pour leur utilisation sur lesquelles il(elle) est présent(e).

N'autorise pas le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles il(elle) est présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

Pour l'Elève Majeur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

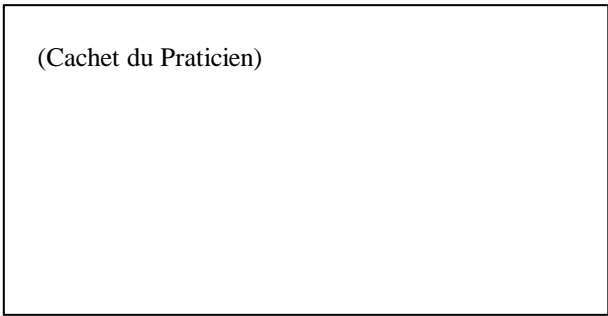
Autorise le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire. Et m'engage à ne percevoir aucune indemnité, ou en demander, pour leur utilisation sur lesquelles je suis présent(e).

N'autorise pas le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'élève Majeur





# CERTIFICAT DE VISITE MEDICALE

Je soussigné Dr.....certifie avoir examiné ce jour,  
M....., né(e) le .....et atteste qu'il(elle) est

- Apte à la vie en collectivité
- Apte à la pratique de toutes activités physiques et sportives
- Apte à la pratique des seules activités physiques et sportives suivantes :  
.....  
.....  
.....  
.....
- Inapte à toutes pratiques physiques et sportives et ce pour une durée de  
.....

Atteste également qu'il(elle) peut utiliser dans le cadre de sa scolarité, lors des stages et travaux pratiques dirigés des machines dites « Dangereuses » sous la surveillance d'un adulte et dans le respect de la réglementation d'utilisation des dites machines.

- Pas de contre indication médical
- Sous réserve suivante :

Fait à ..... le .....

Signature :



(Cachet du Praticien)

## CERTIFICAT DE VISITE MEDICALE

Je soussigné Dr.....certifie avoir examiné ce jour,

M....., né(e) le .....et atteste qu'il(elle) est

- Apte à la vie en collectivité
- Apte à la pratique de toutes activités physiques et sportives
- Apte à la pratique des seules activités physiques et sportives suivantes :

.....  
.....  
.....  
.....

- Inapte à toutes pratiques physiques et sportives et ce pour une durée de

.....

- Est à jour de toutes ses Vaccinations (Diphtérie, Tétanos, Polio et Hépatite B)  
(Obligatoire pour effectuer les stages)

Fait à ..... le .....

Signature :