

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 Directrice 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 2020-2021

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) leet 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)

Fait à

le

Signature :

(Cachet du Praticien)