

# FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : n° ..... rue .....  
 Code Postal ..... Ville .....  
 Né(e) le : ..... ans / Sexe  M -  F / Taille : ..... m ..... / Poids : ..... kg

## LES VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ?  oui  non  
 Autres vaccinations (précisez svp) : .....

## LES MALADIES

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autres (précisez) : .....

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVP).

Votre enfant est-il sujet aux :  
 Angines  oui  non      Asthme  oui  non      Rhumatismes  oui  non

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les précautions à prendre : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

## LES INFORMATIONS MÉDICALES & LA SANTÉ

L'enfant est-il allergique ?  
 \* à un médicament  oui  non      si oui, lequel : .....  
 \* à un aliment  oui  non      si oui, lequel : .....  
 \* à autre chose  oui  non      si oui, quoi : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire (fournir un certificat médical avec protocole svp) ?  
 \* régime végétarien  oui  non / régime sans porc  oui  non  
 \* autre régime (précisez) : .....

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires (précisez) ? .....

L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non      S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non

Autres renseignements ou recommandations importantes (caractère, sommeil, phobies) : .....

## DROIT À L'IMAGE

Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association.

## Le RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : n° ..... rue ..... Ville .....  
 Code Postal .....  
 N° de tél. portable : ..... N° de tél. fixe : .....  
 Email : .....  
 N° de sécurité sociale : ..... Centre payeur : .....

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et une individuelle accidents corporels C/99 :

Assurance : Compagnie : ..... N° de contrat : .....  
 Joignez impérativement une copie de l'attestation de prise en charge de l'organisme concerné (Sécurité Sociale, MSA, ...) en cours de validité.

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?  
 oui  non (si oui, veuillez joindre l'attestation)

Je soussigné,  père  mère  tuteur, responsable légal du participant déclare :

- avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour,
- autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin
- m'engager à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, de transport ainsi que les frais d'hospitalisation éventuels

à ..... le ..... signature :



# AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

**Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'ACNA Basket dont le siège est situé au 1 Place des Sports 79250 Nueil-les-Aubiers et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors de l'événement Boyz Basket Camp 2026.**

**Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.**

**Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.**

**Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.**

**Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.**

**Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »



# AUTORISATION PARENTALE POUR TRANSPORT DE MINEUR

Je soussigné(e) Monsieur/ Madame (nom, prénom) \_\_\_\_\_

demeurant \_\_\_\_\_

autorise mon enfant (nom, prénom) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ dont je suis  
le Père / la Mère / le tuteur légal à effectuer un trajet en voiture si nécessaire durant la  
période de camp de mon enfant.

Si nécessaire, je demeure joignable :

Tél. mobile : \_\_\_\_\_

Tél. du domicile : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal