



AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné M. Mme (Nom) : (Prénom) :

Adresse : N° téléphone :

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant

Nom : **Prénom** :

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Les représentants de l'association : **WORLD BASKET CAMPS**

A prendre mon fils ou ma fille en photo à réaliser un film

A utiliser sa/ses photo(s) pour une publication :

Sur le site Internet de l'accueil de loisirs de l'association

Sur l'album photos ou le film qui sera réalisé à l'issue du séjour

Sur tout support d'information relatif à la promotion des activités du stage de l'association.

Observations :

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'association est garanti, de même que le droit de retrait.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature des parents ou tuteurs

Signature :

Faire précéder les signatures de la mention

« LU ET APPROUVE »



WORLD BASKET CAMPS

Conditions générales :

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** est censée connaître le présent règlement.

Assurances des stagiaires :

Toute personne fréquentant le stage organisé par **World Basket Camps** doit être couverte par une assurance notamment responsabilité civile de particulier et individuel accident. **World Basket Camps** dégage toute responsabilité en cas de vol, dégradation, de biens personnels ainsi que des dommages physiques conséquents à l'utilisation de ses installations et de ses services.

Règlement d'occupation de l'internat et des lieux de restauration:

Le calme doit régner en permanence dans l'internat et les lieux de restauration. Chacun des occupants est censé avoir pris connaissance des consignes de sécurité affichées dans les locaux d'hébergement.

Sont interdits dans l'internat et les locaux communs aux stagiaires la consommation d'alcool et de tabac.

Païement :

L'inscription est prise en compte dès que l'acompte ou la totalité du règlement est versé.

Le solde dû sera versé à l'arrivée du stagiaire si la totalité du règlement n'a pas été faite à l'inscription. En cas de désistement, et sur justification :

- moins de 10 jours avant le début du stage l'acompte reste dû.
- 10 jours avant le début du stage, l'acompte sera rendu.
- Toute annulation de réservation de dernière minute peut engendrer des frais entre 50€ à 80€.

World Basket Camps se réserve le droit d'annuler le camp et ce sous préavis de huit jours francs avec remboursement des sommes déjà avancées.

Les arrêts en cours de camp n'entraînent aucun remboursement ou défraïement.

Renseignements médicaux :

Les parents des stagiaires informent **World Basket Camps**: des traitements, soins, régimes, allergies..., des particularités d'ordre médical qui affectent les enfants à l'aide de la fiche sanitaire de liaison, du numéro de sécurité sociale, adresse de la Caisse maladie, éventuellement le numéro et l'adresse de la mutuelle dont bénéficient les enfants.

En cas d'accident, les frais médicaux et les frais nécessités par un traitement sont à la charge des familles des enfants mineurs.

Autorisation :

Les parents autorisent le responsable du camp ou son représentant à prendre toutes les mesures d'urgence concernant leur enfant en cas d'accident ou d'infection aiguë, ou tout autre cas grave, nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

Je soussigné(e),, représentant(e) légal(e) de

l'autorise à participer au stage de WBC à CHATEAUNEUF (cocher la période) :

du lundi au Vendredi

reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter totalement.

A.....

Le:...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé »

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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