



Inscription à une activité du camp de jour de LANDRIENNE

Prénom _____

Téléphone _____

Nom _____

Autre _____

Âge _____

Sexe F M

Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro assurance maladie _____

Nom et prénom de la mère _____

Téléphone et autres _____

Nom et prénom du père _____

Téléphone et autres _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Autres renseignements importants _____

Choisir la ou les sorties parmi les suivantes (cochez):

_____ **Sortie au Labyrinthe des insectes le 17 juillet en après-midi**

Départ de la patinoire en autobus à **12h45**, retour prévu pour **16h30**

_____ **Journée de plein air avec Camp de base Abitibi à St-Félix le 30 juillet**

Demie journée en randonnée et demie journée d'initiation à l'escalade de rocher

Départ de la patinoire à **8h45**, retour pour **16h30**

_____ **Sortie au Refuge Pageau le 16 août**

Dîner suivie d'une visite au Refuge Pageau

Départ de la patinoire à **11h30**, retour à **16h30**

Modalités de paiement

*Paiement fait à l'ordre de Municipalité de Landrienne avant la date de la sortie.

Sortie au Labyrinthe des insectes (15,00\$) : _____

Journée avec Camp de Base Abitibi (25,00\$) : _____

Dîner et visite au Refuge Pageau (15,00\$) : _____

Montant total à payer selon les options choisies : _____

Comptant ou par chèque (numéro de chèque) _____

Le parent fourni le dîner et les collations (sans arachide), de la crème solaire, du chasse-moustique, un chapeau et une gourde. Les enfants doivent porter des vêtements adaptés à la température.

Signature du parent : _____

Date : _____

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIES

(Personne photographiée mineure)

Nous soussignés.....et.....

Demeurant.....

Autorisons Le camp de jour « les Gigotos », à photographeur, notre enfant mineur dont le nom est :.....et demeurant à.....

Et à utiliser son image.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, **nous autorisons la municipalité de Landrienne à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente.**

Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par la municipalité de Landrienne ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment :

- Presse,
- Livre,
- Exposition,
- Publicité,
- Site web,
- Projection publique,
- Concours,
- Autre :.....

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, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera dans la mesure du possible, de tenir à disposition un justificatif de chaque parution des photographies sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Nous nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Élection de domicile est faite par chacune des parties à l'adresse précisée aux présentes.

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

Fait à Landrienne le..... et de bonne foi.

Signatures des représentants légaux de l'enfant :

Prénom et nom

signature

Prénom et nom

signature

Fiche santé et allergie

Nom et prénom: _____

Âge: _____

Allergie: _____

A-t-il un Épipen ? _____

L'entreposage de l'épipen: _____

Intolérances: _____

Asthme: _____

L'entreposage des pompes: _____

Nom de deux personnes à contacter en cas d'urgence avec numéro de téléphone:

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant: _____

Date d'expiration et numéro d'assurance maladie: _____

Renseignements médicaux du participant: (Exemple : blessure grave, interventions chirurgicales, chroniques ou récurrentes, maladies contagieuses) : _____

Autres remarques particulières: _____

Exemple: problème de motricité, problème de comportement. _____

Signature du parent ou tuteur: _____

Date : _____