

Autorisation parentale *ImagiLAN 2008*

L'association Jeunes Science Bordeaux organise du 19 au 21 septembre 2008 une LAN (jeux vidéo en réseau), nommée ImagiLAN 2008.

Pour que votre enfant mineur puisse y participer, nous vous prions de prendre connaissance du règlement (disponible sur le site Internet <http://www.imagilan.org>) et de remplir cette autorisation ainsi que la fiche sanitaire de liaison ci jointe. Ces différents documents peuvent, soit être envoyés avec le règlement, soit amenés le jour de la LAN.

Tout mineur n'ayant pas cette autorisation se verra refuser le droit d'entrée.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site Internet <http://www.imagilan.org> ou nous contacter au 05 56 85 75 15 ou à info@imagilan.org.

Je soussigné(e), mère, père, ou autre (précisez :)*
..... certifie être le(la) responsable légal(e) de
Mademoiselle, Monsieur* et l'autorise à
participer à ImagiLAN 2008.

Par ailleurs, je l'autorise je ne l'autorise pas à quitter librement la salle,
 je l'autorise je ne l'autorise pas à dormir sur place.

Enfin, j'autorise les organisateurs à faire pratiquer, en cas de nécessité, toute intervention médicale, en conformité avec la fiche sanitaire de liaison ci jointe.

Fait à, le

Signature

* Entourez la mention utile

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant ImagiLAN 2008 de votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 – ETAT CIVIL

NOM, Prénom(s) :

.....

Date de naissance :/...../.....

Garçon

Fille

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'adolescent suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'adolescent avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ADOLESCENT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non
Alimentaires oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

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

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

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, ...

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

5 - RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ADOLESCENT

NOM, Prénom(s) :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Téléphone bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Personne(s) à contacter en cas de problème durant ImagiLAN et numéro(s) de téléphone :

.....

.....

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

Date et signature