



Autorisation parentale camp Acutis

8 au 12 juillet 2023

Chalet Claire-Vie de Kruth

Je soussigné(e)....., père / mère / tuteur légal
de donne mon accord pour que notre enfant
participe au camp d'été Acutis du 8 au 12 juillet 2023 au Chalet Claire-Vie de
Kruth, ainsi qu'à toutes les activités organisées dans ce cadre : *randonnées, baignade,*
accrobranche, nuit sous tente.

J'autorise les responsables du groupe à prendre, en cas d'urgence, les mesures
nécessaires à la santé de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisation, opération...)
Je les autorise par ailleurs à transporter mon enfant en voiture même à des fins non
médicales.

Oui

Non

Fait à

Le.....

Signature

Protection des données : Les informations recueillies dans le questionnaire sont collectées par la Congrégation des Serviteurs de Jésus et de Marie. Ces informations sont destinées à l'organisation du camp afin de faciliter l'organisation de la participation aux événements. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : paroisse saint Etienne et Paroisse du Sacré Coeur, elles sont conservées pour une durée de 10 ans. Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos informations qui vous concernent ; vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Délégué à la protection des données : 27 Rue des Juifs, 67000 Strasbourg. Une pièce d'identité vous sera demandée pour nous assurer de l'identité du demandeur. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vos informations sont sécurisées dans notre base informatisée. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

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

.....

.....

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 de la structure, 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 (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

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