

Dossier Voyage / Sortie scolaire avec nuitées

SEJOUR SURF 2020 – LA UNION -

Du 21 au 25 novembre 2022

Classes : 5^{ème} 4^{ème} et 3^{ème}

Responsable du séjour : M. Marc Pinchart, Professeur d'EPS

ELEVE

NOM : _____ PRENOM : _____

Classe de : 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème}

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

CONTACT N°1 :

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER : _____ Qualité : Père Mère Aut

TELEPHONE : _____ MAIL : _____

CONTACT N°2 :

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER : _____ Qualité : Père Mère Aut

TELEPHONE : _____ MAIL : _____

AUTRE NUMERO EN CAS D'IMPOSSIBILITE DE JOINDRE UN RESPONSABLE :

AUTORISATION DE PARTICIPATION :

Je Soussigné M/Mme Père Mère

Autorise mon enfant à participer au séjour dont l'encadrement est confié aux enseignants du Lycée Français de Manille.

autorise les encadrants à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'urgence

Signature :

MODALITES DE REGLEMENT :

Le montant maximal de 25000 pesos est à régler en deux fois. 15000 pesos est à verser avant le 8 novembre 2022. Le solde dont le montant correspondra au coût réel sera à régler avant le 18 novembre 2022.

Pour les familles rencontrant des difficultés de paiement, veuillez- vous rapprocher de M STOFFEL, DAF du lycée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet d'assurer la mise à jour des informations depuis la rentrée :

1 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

J'atteste que mon enfant a les vaccins obligatoires dont le DTC (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche) :

2 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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'enfant avec la notice**)

3 - **ALLERGIES** : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES 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 DES PARENTS :**

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

Signature:

AUTORISATION D'UTILISATION DES PHOTOGRAPHIES OU VIDEOS REALISEES DURANT LE SEJOUR**PERE :** NOM _____ PRENOM _____ J'autorise les enseignants et encadrants du séjour à utiliser les images et vidéos réalisées durant le voyage scolaire selon les utilisations reportées ci-dessous

Signature :

MERE : NOM _____ PRENOM _____ J'autorise les enseignants et encadrants du séjour à utiliser les images et vidéos réalisées durant le voyage scolaire selon les utilisations reportées ci-dessous

Signature :

Cadre d'utilisation des images & vidéos :

Publication dans un document interne au lycée (journal, exposé,..), présentation lors d'une activité pédagogique ou périscolaire, enregistrement à caractère pédagogique sur un support numérique, exposition de photographies dans le cadre d'activités pédagogiques, publication sur le site Internet et Facebook du LFM .

Les photographies ou films ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion de l'image de notre enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant cette publication ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent notre enfant est garanti. Nous pourrions donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et nous disposons du droit de retrait de photos ou de film photo si nous le jugeons utile.