

STAGE de FLÛTE TRAVERSIERE

Bulletin d'inscription. Edition 2024

A renvoyer avant le 30/01/2024.

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Mail: _____

Niveau: _____

Ecole de musique ou conservatoire fréquenté, professeur:

Déroulement :

- Séances de travail de 9h à Midi et 14h à 17h.
- Les gouters et repas sont « tirés du sac » .
- Restitution finale : le Mercredi 14 Février à l'auditorium de l'Ecole de Musique de Lunel (36 Avenue Gambetta, 34400), horaire à préciser.

Signature des stagiaires majeurs:

Signature du ou des représentant(s)
légal(aux) pour l'élève mineur:

Demande d'autorisation de reproduction et de représentation de photographies d'une personne

Je soussigné _____

Représentant légal de _____

Autorise l'association « Ecole de Musique de Lunel » à photographier et à utiliser l'image de mon enfant mineur dans le contexte et les conditions citées ci-dessous.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise l'association à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de ses activités.

Les photographies pourront être exploitées à des fins non commerciales et utilisées pour une durée illimitée et quels que soient le support de communication et notamment :

- Diffusion dans les journaux, bulletins municipaux, site internet de l'association ou d'une ville.
- Communication interne et stock photos de l'association
- Diffusion en fond visuel lors de divers spectacles.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies, objet de la présente, dans tout support à caractère préjudiciable.

Je garantis que moi-même (adulte) ou que mon enfant mineur n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image.

Fait à _____, le _____

Signature du ou des représentant(s)
légal(aux) pour l'élève mineur:

Renvoyer le tout à :
Ecole de Musique de Lunel,
36 Avenue Gambetta,
34400 LUNEL



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR : LUNEL, 34 400 du 12 au 14 Février 2024

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT 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 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.

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :