



# Petites Mains Symphoniques

Association Loi 1901

2C rue Lecointre

92310 Sèvres

[www.petitesmainssymphoniques.com](http://www.petitesmainssymphoniques.com)

## RÈGLEMENT INTERIEUR ACADEMIE NORMANDIE 2024

- Les stagiaires mineurs seront placés sous la responsabilité des professeurs pendant les heures de cours et les différents ateliers.
- Sauf autorisation exceptionnelle des responsables de l'académie, les participants mineurs ont l'obligation de participer aux activités de l'association dans le cadre de l'académie.
- Les enfants seront encadrés durant la totalité du séjour, pendant leur temps libre, au moment des repas et le soir au moment du coucher par des bénévoles PMS. Un bénévole sera référent d'un groupe d'enfants, accompagnera et encadrera ce groupe durant toute l'Académie ainsi que pour tout déplacement relevant de l'organisation du stage.
- Les participants mineurs ne peuvent en aucun cas quitter seuls les lieux où se déroulent les activités ou les lieux d'hébergement.
- Pour des raisons de sécurité, mis à part pour les concerts et sauf autorisation de l'association, les parents ne sont pas autorisés à rester sur les lieux d'hébergement.
- La fiche sanitaire doit être impérativement fournie lors de l'inscription. Les médicaments et ordonnance doivent être remis au responsable le jour de l'arrivée.
- En cas de régime ou d'allergie alimentaire, un protocole précisant les modalités de préparation des repas doit être soumis à l'association, en cas d'impossibilité à satisfaire la demande, la participation à l'académie sera annulée.
- **Le tabac, la cigarette électronique, l'alcool et les drogues sont strictement interdits pour les participants mineurs sous peine d'exclusion immédiate de l'académie.**
- Les enfants stagiaires s'engagent à respecter les lieux et locaux mis à disposition et seront désignés comme responsables en cas de dégradations volontaires. Une demande de remboursement sera envoyée aux responsables légaux en cas de dégradations volontaires causées par les enfants.
- Tout problème disciplinaire grave pourra entraîner, après consultation des parents et sur décision de la direction du stage des Petites Mains Symphoniques, un renvoi simple de l'enfant.
- Pour les participants mineurs, le téléphone portable est autorisé dans le respect de la vie collective. Les parents **ne peuvent pas** appeler leurs enfants pendant les activités.
- **L'association dégage toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de dégradation d'effets personnels ou de valeurs.**
- L'organisateur se réserve le droit en cas d'événements indépendants de sa volonté, d'indisponibilité d'un (des) professeur(s) ou d'insuffisance de participants, d'annuler tout ou partie du stage. Les sommes versées sont alors restituées à l'exclusion de toute indemnité. Le remplacement d'un professeur ne constitue pas une cause d'annulation du stage de la part de l'organisateur comme du stagiaire. En cas d'annulation de la part du stagiaire, quelle que soit la cause d'un désistement de la part du stagiaire ou en cas de renvoi, le montant dû reste acquis à l'association, sauf décision contraire de la direction.

Signature Responsable

Signature Stagiaire



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				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 AIGÛ	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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---



# Petites Mains Symphoniques

Association Loi 1901

2C rue Lecointre

92310 Sèvres

[www.petitesmainssymphoniques.com](http://www.petitesmainssymphoniques.com)

## Autorisation Droit de captation et d'exploitation

## Sonore, photographique ou cinématographique

### PARTICIPANT MINEUR

Je soussigné (*prénom nom*) \_\_\_\_\_

résidant (*adresse*) \_\_\_\_\_

parent ou tuteur légal de (*prénom et nom*) \_\_\_\_\_

autorise à titre gracieux l'association Petites Mains Symphoniques (ci-après l'« Association »), représentée par toute personne agissant à la demande de l'Association et pour son compte à enregistrer et/ou photographier et/ou filmer notre enfant dans le cadre des **répétitions et concerts « PETITES MAINS SYMPHONIQUES »** ci-après le « Événement ») du **1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024** et à utiliser son enregistrement, son image et son nom.

En conséquence, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, j'autorise l'Association, ou à toute personne mandatée par l'Association, à cet effet, à fixer, reproduire et communiquer au public les enregistrements et photographies effectués dans le cadre de l'Événement. Les enregistrements et/ou photographies et/ou films pourront être exploités et utilisés dans le cadre des actions de l'Association et auprès des différents publics, intégralement et/ou par extraits, avec ou non un changement de cadrage, de couleur et de densité et notamment, lors de projections publiques, dans des expositions, par télédiffusion, par tous réseaux de transmission (en analogique ou numérique par voie hertzienne, par câble ou satellite), par tous réseaux de communication électronique tels qu'Internet (sites web, réseaux sociaux), dans des publications papier, sur CD-Rom, DVD, Blu-Ray, clé USB, et plus généralement par tous moyens existants ou à venir.

Cette autorisation est conférée pour une durée de cinq (5) ans et pour le monde entier.

J'ai bien noté que l'Association s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de notre enfant.

Je garantis que notre enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.



# Petites Mains Symphoniques

Association Loi 1901

2C rue Lecointre

92310 Sèvres

[www.petitesmainssymphoniques.com](http://www.petitesmainssymphoniques.com)

## Informations sur la protection des données personnelles :

Le responsable de traitement est l'Association Petites Mains Symphoniques.

Les données seront traitées exclusivement pour les actions d'information, de communication et de publicité de l'Association, avec la portée et les conditions indiquées dans la présente autorisation. La base juridique du traitement est votre consentement (art.6.1.a du RGPD). Les destinataires de ces données sont le personnel habilité en raison de son rôle ou de sa mission au sein de l'Association (la direction, le service de communication).

Les données ne seront pas communiquées à des tiers sauf dans les hypothèses indiquées dans la présente autorisation ou en vertu d'une obligation légale.

Vos données seront conservées pendant la durée de l'autorisation et supprimées à l'expiration de cette période.

Droits des personnes en matière de données personnelles : vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Vous bénéficiez aussi du droit, pour motifs légitimes, de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement.

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à : [contact@petitesmainssymphoniques.com](mailto:contact@petitesmainssymphoniques.com)

Vous avez aussi la faculté de vous adresser directement à la CNIL à tout moment dans le cas d'infractions possibles aux réglementations de protection des données (<https://www.cnil.fr/>).

Fait à (*lieu*) \_\_\_\_\_, le (*date*) \_\_\_\_\_

Signature du parent/ tuteur légal : \_\_\_\_\_

Signature de l'enfant : : \_\_\_\_\_