



Droit à l'image

Vacances « Reconnectée »

Aide et Bénévolat



FICHE D'AUTORISATION À PHOTOGRAPHIER, À FILMER

Je soussigné(e),

Nom

Prénom

Demeurant

.....

Agissant en qualité de,

Cocher la case correspondante

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

Autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du Camp Cité des Jeunes se déroulant du : au :

À photographier et à filmer l'enfant (nom, prénom) :

Autorise la Cité des Jeunes à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :

Cocher la case correspondante

☐ Publications nationales de la Cité des Jeunes
☐ Présentations sur des blogs, sites internet et réseaux sociaux édités par la Cité des jeunes.

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux autres parents des camps (pour covoiturage ou correspondance) :

☐ OUI

☐ NON

Fait à : le

Signature des responsables légaux du participant :



Droit à l'image

Vacances « Reconnectée »

Aide et Bénévolat



Vacances reconnectées

Téléphone Portable : J'ai pris connaissance du projet pédagogique « vacances reconnectées, libérées des téléphones portables » et j'en accepte les conditions :

- ☐ Mon enfant n'aura pas son téléphone avec lui.
- ☐ J'estime que mon enfant a besoin d'avoir son téléphone pour les trajets et donne cette autorisation spéciale. J'ai bien compris que ce téléphone sera remis au directeur (et éteint) dès l'arrivée et ne sera rendu qu'au départ.

Engagement du jeune : J'ai pris connaissance de la proposition de ce séjour. Je pars librement. J'en accepte les orientations chrétiennes, en particulier des « vacances reconnectées, libérées des téléphones portables ».

Signature du jeune :



Bénévolat

Aide des parents : La Cité des Jeunes fonctionne uniquement sur le bénévolat. Accepteriez-vous de passer quelques jours dans un camp 6/11 ans pour participer à la préparation des repas en cuisine ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Je certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription disponibles sur le site www.citedesjeunes.com, qui constituent l'information préalable au sens de l'article 97 du décret 84-490 du 15 juin 1994. J'accepte de payer l'intégralité ou la part des frais du séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels

À _____, le _____

Signature du responsable légal :