



# ADVENTURE HAVEN CAMP

Grand Popo, Bénin | +229 0196097549 | campadventurehaven@gmail.com

## AUTORISATION PARENTALE DE SÉJOUR

Colonie de vacances — Saison été 2026 (6 juillet au 23 août)

Semaine choisie (du 6 juillet  
au 23 août) :

Du \_\_\_\_\_ au  
\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom & Prénom de  
l'enfant :

\_\_\_\_\_

Date de  
naissance :

\_\_\_\_\_

Âge :

\_\_\_\_\_

Groupe d'âge :

\_\_\_\_\_

Semaine(s)  
concernée(s) :

\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LE PARENT / TUTEUR LÉGAL

Nom & Prénom du père  
/ tuteur :

\_\_\_\_\_

Nom & Prénom de la  
mère / tutrice :

\_\_\_\_\_

Téléphone 1 :

\_\_\_\_\_

Téléphone 2 :

\_\_\_\_\_

Adresse complète du  
domicile :

\_\_\_\_\_

### PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RÉCUPÉRER L'ENFANT

*En dehors des parents, seules les personnes listées ci-dessous seront autorisées à récupérer l'enfant au camp.*

Personne 1 — Nom, Prénom  
& Lien de parenté :

\_\_\_\_\_

Téléphone de la  
personne 1 :

\_\_\_\_\_

Personne 2 — Nom, Prénom  
& Lien de parenté :

\_\_\_\_\_

Téléphone de la  
personne 2 :

\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PRATIQUES

Régime alimentaire particulier :

- Aucun régime particulier
- Végétarien
- Sans porc
- Allergie(s) alimentaire(s) — préciser : \_\_\_\_\_

Remarques importantes pour  
les animateurs :

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION D'AUTORISATION

Je soussigné(e), parent/tuteur légal de l'enfant mentionné ci-dessus, autorise mon enfant à participer au séjour organisé par Adventure Haven Camp à Grand Popo, Bénin.

Je certifie que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et m'engage à informer l'équipe du camp de tout changement.

**Signature du père / tuteur légal**

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature de la mère / tutrice légale**

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Réservé à l'administration du camp**

N° dossier :

\_\_\_\_\_

Date de  
réception :

\_\_\_\_\_

Validé par :

\_\_\_\_\_

Semaine(s)  
attribuée(s) :

\_\_\_\_\_



# ADVENTURE HAVEN CAMP

Grand Popo, Bénin | +229 0196097549 | campadventurehaven@gmail.com

## AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE

Colonie de vacances — Saison été 2026 (6 juillet au 23 août)

Semaine choisie (du 6 juillet  
au 23 août) :

Du \_\_\_\_\_ au  
\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom & Prénom de  
l'enfant :

\_\_\_\_\_

Date de  
naissance :

\_\_\_\_\_

Groupe sanguin  
:

\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LE PARENT / TUTEUR LÉGAL

Nom & Prénom  
du parent/tuteur :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Médecin traitant habituel —  
Nom & Téléphone :

\_\_\_\_\_

### ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

Allergies connues :

- Aucune allergie connue
- Allergie(s) médicamenteuse(s) — préciser : \_\_\_\_\_
- Allergie(s) autre(s) — préciser : \_\_\_\_\_

Maladies chroniques ou antécédents médicaux :

- Asthme
- Diabète
- Épilepsie
- Autre — préciser : \_\_\_\_\_
- Aucun antécédent particulier

Médicaments pris  
régulièrement (nom, dosage,  
fréquence) :

\_\_\_\_\_

Vaccinations à jour ?

Oui  Non —

préciser : :

\_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS D'INTERVENTION

*Cette autorisation est indispensable pour permettre à l'équipe d'encadrement de prendre les décisions médicales nécessaires en cas d'urgence.*

### J'autorise l'équipe du camp à :

- Administrer les premiers secours en cas de blessure légère (égratignure, bosse, petite coupure, etc.)
- Administrer des médicaments de base sans ordonnance (antidouleur, antiseptique, etc.)
- Consulter un médecin ou infirmier en cas de symptômes persistants
- Transporter mon enfant aux urgences en cas de nécessité médicale
- Autoriser une intervention médicale d'urgence si les parents sont injoignables

### En cas d'urgence, contacter :

Contact 1 — Nom  
& Prénom :

\_\_\_\_\_

Téléphone :


\_\_\_\_\_

Contact 2 — Nom  
& Prénom :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

 Les parents seront systématiquement prévenus dès que possible de toute intervention médicale réalisée sur leur enfant.

## DÉCLARATION DU PARENT / TUTEUR LÉGAL

Je soussigné(e), parent/tuteur légal de l'enfant mentionné ci-dessus, certifie l'exactitude des informations médicales fournies et autorise l'équipe d'Adventure Haven Camp à prendre toute mesure médicale nécessaire dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de mon enfant.

### Signature du père / tuteur légal

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Signature de la mère / tutrice légale

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Réservé à l'administration du camp**

N° dossier :

\_\_\_\_\_

Date de  
réception :

\_\_\_\_\_

Remarques de l'équipe  
médicale :

\_\_\_\_\_



# ADVENTURE HAVEN CAMP

Grand Popo, Bénin | +229 0196097549 | campadventurehaven@gmail.com

## AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Colonie de vacances — Saison été 2026 (6 juillet au 23 août)

Semaine choisie (du 6 juillet  
au 23 août) :

Du \_\_\_\_\_ au  
\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom & Prénom de  
l'enfant :

\_\_\_\_\_

Date de  
naissance :

\_\_\_\_\_

Âge :

\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUR LE PARENT / TUTEUR LÉGAL

Nom & Prénom  
du parent/tuteur :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

### PORTÉE DE L'AUTORISATION

*Dans le cadre de l'organisation d'Adventure Haven Camp, des photos et/ou vidéos pourront être réalisées lors des activités. Ces supports peuvent être utilisés à des fins de communication.*

Type de supports :

- Photographies
- Vidéos / films courts
- Les deux

Supports de diffusion autorisés :

- Page Instagram officielle du camp (@adventurehavencam)
- Page Facebook officielle du camp (adventure haven camp)
- Site internet du camp
- Albums photos partagés avec les familles (lien privé)
- Supports imprimés internes (affiches, flyers, albums souvenirs)

Conditions d'utilisation :

- Les images ne seront jamais utilisées à des fins commerciales sans accord préalable des parents
- Aucune image ne sera cédée à des tiers sans autorisation
- Les images seront utilisées dans le respect de la dignité et de l'image de l'enfant

### CHOIX DU PARENT / TUTEUR LÉGAL

**J'AUTORISE** Adventure Haven Camp à utiliser les photos/vidéos de mon enfant conformément aux conditions ci-dessus.

**JE REFUSE** l'utilisation de toute image de mon enfant. L'équipe en sera informée et veillera à ce qu'il/elle n'apparaisse sur aucune publication.

*Cette autorisation est valable pour l'ensemble de la durée du séjour et peut être révoquée à tout moment sur demande écrite adressée à l'équipe du camp.*

## DÉCLARATION DU PARENT / TUTEUR LÉGAL

Je soussigné(e), parent/tuteur légal de l'enfant mentionné ci-dessus, après avoir pris connaissance des présentes conditions, exprime mon choix ci-dessus concernant le droit à l'image de mon enfant.

### Signature du père / tuteur légal

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Signature de la mère / tutrice légale

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Réservé à l'administration du camp**

N° dossier :

\_\_\_\_\_

Date de  
réception :

\_\_\_\_\_

Choix enregistré :

\_\_\_\_\_

Validé par :

\_\_\_\_\_