

CENTRE DE LOISIRS VACANCES D'HIVER 2018

AUTORISATION PARENTALE

➤ SOINS

Nous, soussignés autorisons les responsables du ALSH Familles Rurales à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation auprès du docteur (nom, adresse, téléphone) :

.....
.....

ou l'hospitalisation à (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique) :

.....

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

➤ PARTICIPATION

Nous autorisons notre enfant :

Nom : Prénom :

- à participer aux activités organisées par l'Association (transport y compris)

- à participer aux mini-camps

- à voyager : en voiture individuelle

par moyen de transport collectif

- à se baigner. L'enfant sait-il nager ? pas du tout un peu correctement

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite).

➤ PHOTOS ET VIDEO

Nous autorisons l'Association à photographier et filmer notre enfant lors des différentes activités liées au centre de loisirs, en vue de la création d'un CD souvenir, d'une parution d'un article dans l'Ablutien et dans des publications internet.

OUI ----- NON

➤ AUTORISATION DE SORTIE EN DEHORS DES HORAIRES DU CENTRE

Le centre se terminant entre 17 h 00 et 18 h, si exceptionnellement, notre (nos) enfant(s) devai(en)t sortir avant, nous nous engageons à fournir une décharge au directeur.

Lu et approuvé

Le : 2018

Signature des parents

(ou signature du tuteur légal)