

Autorisation parentale

Je soussigné(e)..... autorise les responsable de l'accueil de Loisirs Familles Rurales à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

J'autorise mon enfant :

- ☐ A participer aux activités organisées par l'association, sauf
- ☐ A participer au séjours courts
- ☐ A voyager en voiture individuelle, en transport collectif

Décharge photo :

Je soussigné(e)..... autorise Familles Rurales à reproduire librement et gratuitement des photographies de ma personne et de mes enfants dans ses différentes publications, y compris Internet, dans le cadre des activités et représentation de l'association :

OUI

NON

Fait le à

Signature* :