

## AUTORISATIONS PARENTALES (Accueil Collectif de Mineurs)

Je soussigné (e) .....  
autorise le Responsable de l'ACM à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Dans ce cas, je m'engage à rembourser à Familles Rurales les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon fils, ma fille, mes enfants (1).

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur .....  
ou l'hospitalisation à .....  
(hôpital ou clinique à préciser).

J'autorise également mon (mes) enfant(s) (1) :

- À participer aux activités organisées par l'Association
- A participer aux séjours courts (mini-séjours), aux séjours de vacances
- A se baigner sous surveillance.

Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.

Mon (mes) enfant(s) : ..... sait (savent) nager

Mon (mes) enfant(s) : ..... ne sait (savent) pas nager

Je, soussigné (e), M. ou Mme .....  
autorise l'équipe d'animation à prendre mon enfant en photographie et :  
☐ Publier les photos dans le cadre de la publicité de l'accueil de loisirs  
☐ Autorise la diffusion des photographies dans les journaux- supports vidéo  
☐ Autorise la diffusion sur le site internet Familles Rurales  
☐ Autorise la diffusion sur la page Facebook de l'Association

J'autorise l'Association Familles Rurales à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du centre (1) :

- Par l'équipe d'encadrement
- Par les responsables de l'Association Familles Rurales
- Par des moyens collectifs (autocar, SNCF...)

Je soussigné(e)..... autorise mon(mes) enfant(s) :

➤ **À quitter le centre avec les personnes suivantes :**

Nom, prénom	Lien de parenté ou autres	N° de téléphone

➤ **J'autorise mon enfant de 6 ans et plus à repartir seul du centre.**

Le midi : OUI NON à ..... h (1)

Le soir : OUI NON à .....h (1)

**Votre enfant ne pourra pas quitter le centre avant cette heure et l'équipe d'animation ne sera plus responsable après son départ.**

➤ Si mon enfant est exceptionnellement amené à quitter l'ACM pendant les horaires d'ouvertures (entre 8h et 18h) ou les horaires notés ci-dessus, je m'engage à fournir une décharge au directeur.

Autres personnes à prévenir en cas d'indisponibilité des parents :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Fait à ....., le ..... Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles