

Accueil périscolaire « Les P'tits BeauDoms » de Beaupont Domsure

AUTORISATION PARENTALE

Nous, soussignés _____ autorisons les responsables de l'accueil périscolaire à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin 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 du docteur _____
_____ (nom, adresse, téléphone) ou l'hospitalisation à
_____ (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- à participer aux activités organisées par la structure (déplacement y compris)

Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques...) ou recommandations des parents pour chacun des enfants : _____

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (dont les parents) :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Lu et approuvé

Le :

Signature du père et de la mère

(ou signature du tuteur légal)