

AUTORISATION PARENTALE

Nom du/des parents :

Nom du/des enfants :

Nous, soussignés, autorisons la responsable du Centre de Loisirs / Association Familles Rurales de Seichamps, 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 et téléphone - :

.....

Ou l'hospitalisation à - précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique - :

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- A participer aux activités et sorties par ½ journées organisées par l'association / transport collectif compris
- A participer aux sorties à la journée organisées par l'association / transport par bus dédié compris

Observations particulières : (contre-indications alimentaires, maladies chroniques... – **précisez si l'enfant ne mange pas de porc** ... - ou recommandations des parents pour chacun des enfants :

.....

.....

.....

.....

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom Prénom Portable

Nom Prénom Portable

Sortie des enfants : Nous autorisons notre (nos) enfant (s) à rentrer à la maison à la fin de la journée d'accueil

au centre, uniquement s'il(s) est (sont) accompagné(s) de

Ou de toute personne pour laquelle, **au préalable**, nous nous engageons à faire connaître l'identité :

par mel transmis à l'association + communiqué à l'équipe d'animation.

J'autorise l'AFRS à fixer, reproduire et communiquer les photographies prises dans le cadre de l'activité sur tout support propre à l'association oui ☐ non ☐

Fait à le
Signature des parents