



AUTORISATION PARENTALE 2014-2015

ENFANT :

Je soussignée.....autorise l'équipe d'animation de l'ALSH à présenter mon enfant
.....à un médecin, de préférence le docteur :

Médecin	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

et si nécessaire autorise le médecin à effectuer une anesthésie.

Si l'état de mon enfant nécessite un transport dans un centre hospitalier, je souhaite qu'il soit transféré dans l'établissement suivant :

Établissement	Adresse	Ville	Téléphone

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Observations particulières : recommandations des parents pour l'enfant (contre-indications alimentaires, problèmes particuliers, sieste ou pas...)

.....

.....

.....

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant					
Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de Famille

Autorisations		Commentaires
Transport collectif / en commun	oui / non	
Participation aux sorties	oui / non	
Départ du centre seul	oui / non	
Prise d'images	oui / non	
Diffusion d'images (bulletin municipal et site internet)	oui / non	
Administration de paracétamol	oui / non	
Mon enfant sait nager	oui / non	

Date et signature du représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé »