



AUTORISATIONS PARENTALES

Merci de lire, dater et signer chaque autorisation

DOCUMENT A REMETTRE IMPERATIVEMENT AU SERVICE PERISCOLAIRE

NOM et Prénom de l'enfant :

Classe

Je soussigné(e) M. Mme responsable légal(e) en qualité de
 père mère tuteur légal de l'enfant déclaré ci-dessus

- **AUTORISATION DE TRANSPORT ET ACTIVITÉS :**

J'autorise **Je n'autorise pas** mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure et le cas échéant à prendre le car, le minibus municipal ou les transports en commun.

Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET/OU INTERVENTION CHIRURGICALE**

Je donne **Je ne donne pas** pouvoir au responsable du périscolaire, ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

J'autorise **Je n'autorise pas** les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale

- **AUTORISATION DE PUBLICATION (DROIT À L'IMAGE)**

Je donne **Je ne donne pas** l'autorisation de photographier/filmer mon enfant. Il se peut que ces photos soient utilisées pour et par les moyens de communication du Périscolaire ou de la Mairie et pour la publication dans le journal local.

- **AUTORISATION DE L'ENVOI DES FACTURES SUR MON ADRESSE MAIL**

J'autorise **Je n'autorise pas** l'envoi des factures sur mon adresse mail. Dans le cas d'une autorisation, merci d'indiquer une adresse mail valide.

.....

- **ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur du périscolaire

À, le

Signature