

## AUTORISATIONS

Je soussigné (nom, prénom).....

Père, mère, tuteur (1) de l'enfant.....

Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à en respecter les modalités.

- Autorise à faire transporter mon enfant à l'hôpital de secteur en cas d'urgence ;
- Autorise toute intervention médicale ou mesure médicale urgente et jugée nécessaire ;
- Autorise le personnel de la structure à administrer à mon enfant du paracétamol (ordonnance délivrée par le médecin traitant) ;
- Autorise le personnel de la structure à photographier ou filmer mon enfant ;
- Autorise le personnel de la structure à emmener mon enfant pour effectuer des sorties à l'extérieur de celle-ci ;
- Autorise la Présidente de l'association à consulter mon dossier allocataire par le biais de CAFPRO ;
- Autorise les membres de l'équipe à confier mon enfant à :

NOM et Prénom ..... Tel :.....

NOM et Prénom ..... Tel :.....

(Sous réserve de la présentation d'une pièce d'identité).

Ces personnes sont autorisées à emmener mon enfant par tout moyen de transport en dehors de la structure et en assument la responsabilité dès sa sortie.

Acte d'engagement :

Je déclare exactes les horaires et fréquences d'accueil demandés et m'engage à les respecter.

Saint Sorlin d'Arves, le \_\_\_\_\_

Signature du (des) parent(s)