

Autorisation parentale

Je soussigné,....., responsable de, des l'enfant(s)

Nom prénom :.....

Nom prénom :.....

Nom prénom :.....

autorise les responsables de l'accueil de loisir de la commune de Chaulnes à présenter mon, mes enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur
..... ou l'hospitalisation à.....

J'autorise mon, mes enfant(s):

- à participer aux activités organisées par la commune(transport y compris).
- à participer aux séjours courts.
- à voyager : voiture et transport collectif.
- à se baigner.

Personne à prévenir en cas de nécessité hors parents:

Nom:.....

Prénom.....

Nom:.....

Prénom.....

Nom:.....

Prénom.....

J'autorise mon, mes enfants à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil, que s'il(s) est(sont) accompagné(s) de.....
ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

Je donne également à l'accueil de loisirs organisées par la commune de Chaulnes l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéo réalisées par l'ALSH de ma personne et/ou de celle de mon, mes enfant(s).

Pour les usages exclusifs suivants: Bulletin municipal, médias locaux, site internet de la commune et/ou du centre, illustration de documents d'information de la commune pour le centre.

Cette autorisation est valable pour une durée 10 ans à compter du jour de la signature du présent document. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photographies/vidéos ne devront pas porter atteinte à mon image ou à celle de mon, mes enfant(s).

Fait à

Le.....

Signature: