

# AUTORISATIONS PARENTALES

Nom et prénoms de(s) l'enfant(s): . . . . .  
. . . . .

Nom de l'école : . . . . .

## Responsable 1

Nom : . . . . .  
Prénom : . . . . .  
Lien de parenté : . . . . .

## Responsable 2

Nom : . . . . .  
Prénom : . . . . .  
Lien de parenté : . . . . .

J'autorise mon enfant de + de 6 ans à rentrer seul et dégage la Ville de toutes responsabilités

Je n'autorise pas mon enfant de + de 6 ans à rentrer seul

**Les enfants de moins de 6 ans ne sont jamais autorisés à rentrer seuls.**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives hors temps scolaire (accueils périscolaires).

J'autorise mon enfant à être transporté en car et à être accompagné à pied.

Je déclare les renseignements exacts et autorise, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et coordonnées du médecin traitant : . . . . .

Tel : . . . . .

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié dans le cadre des activités périscolaires et autorise les services municipaux à utiliser et publier les photos et films sur les supports destinés à illustrer les activités municipales.

Je prends note que cette autorisation ne donnera droit à aucune contrepartie financière.

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Autres personnes que les parents habilités à venir chercher le(s) enfant(s) à la sortie de l'activité :

Nom(s) : . . . . . Prénom(s) : . . . . . Lien de parenté/autres : . . . . .

Téléphone : . . . . . Portable : . . . . .

Nom(s) : . . . . . Prénom(s) : . . . . . Lien de parenté/autres : . . . . .

Téléphone : . . . . . Portable : . . . . .

Vernon, le / / 20

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :