

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 :