



AUTORISATIONS PARENTALES - TOUSSAINT 2024

L'ENFANT

Garçon Fille

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

REPRESENTANT LEGAL

(Parents ou tuteurs)

Nom : _____

Prénom : _____

Régime d'allocations familiales :

CAF

MSA

Autres

N° d'allocataire (obligatoire) _____

Adresse complète : _____

Commune : _____ Tel : ____/____/____/____/____

Mail _____

	Nom	Prénom	Coordonnées employeurs / Mobile
PERE			
MERE			

Remarques particulières (facultatif) :

Je déclare sur l'honneur que mon enfant bénéficie d'une couverture sociale et d'une assurance responsabilité civile.

J'autorise (Cochez la ou les cases)

La direction des accueils Enfance-Jeunesse à prendre toutes décisions d'une intervention chirurgicale ou médicale. Ceci, dans le cas où l'état de santé de mon enfant présenterait un caractère d'urgence lorsqu'il est sous la responsabilité des professionnels encadrant.

La publication et la diffusion de photographies (prises à l'occasion des activités), sur les **supports écrits et internet de la ville et/ou de la presse**.

La publication et la diffusion de photographies (prises à l'occasion des activités), sur le site **Facebook** du Service Jeunesse de la ville.

Mon enfant à être transporté dans le cadre des différentes activités et sorties proposées.

Je soussigné(e) parent ou tuteur légal de l'enfant / du jeune, avoir pris connaissance du projet de fonctionnement des accueils concernés.

Date et Signature :/...../2024

"Lu et approuvé"