

Monts d'Alban et Villefranchois

Communauté de Communes

➤ **Personnes à prévenir en cas d'urgence dans le cas ou le responsable légal n'est pas joignable :**

Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....
Lien de parenté.....	Lien de parenté.....
☎.....	☎.....

➤ **Autorisation de soins :**

Autorise la Directrice de l'accueil de loisirs à présenter mon enfant à un médecin et à prendre toutes les décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessité par l'état de santé de mon enfant.

Médecin de famille..... ☎.....

Adresse.....

En cas d'urgence, je souhaite que mon enfant soit conduit dans la mesure du possible à l'hôpital ou à la clinique.....

De plus, j'autorise le personnel médical de l'établissement à donner à mon enfant tous les soins nécessaires et d'intervenir, au besoin, chirurgicalement.

➤ **Autorisation de transports :**

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de la structure, par un moyen de transport collectif (autobus), en voiture individuelle (par un personnel du centre).

➤ **Décharge de photos :**

J'autorise

Je n'autorise pas

Le personnel de l'accueil de loisirs à reproduire librement et gratuitement des photographies de ma personne et de mes enfants dans les différentes publications, y compris internet, dans le cadre des activités et représentations de la structure.

~~~~~

Je soussigné(e) (Nom et Prénom).....

Responsable légal de l'enfant (Nom et Prénom).....

- m'engage à honorer le paiement relatif aux périodes d'accueil de mon enfant.

- déclare avoir pris connaissance et adhérer au règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait à ..... le.....