

Fiches autorisations Centre aéré Les Petits Campussiens

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Père □ Mère □ Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De l’enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre aéré Les Petits Campussiens et m’engage à en respecter les modalités.

**Droit à l’image** : J’autorise le personnel du centre aéré Les Petits Campussiens à prendre des photos et des vidéos de mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dans le cadre des activités du Centre aéré. Je suis informé€ que ces images peuvent être utilisées pour des affichages ou des supports d’information (site, brochure et page Facebook de la commune, journaux, groupe WhatsApp des familles) Cette autorisation est valable de la date de signature jusqu’au 31 Août de l’année scolaire en cours.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorise les responsables du centre aéré Les Petits Campussiens à présenter mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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. Cette autorisation est valable de la date de signature jusqu’au 31 Août de l’année scolaire en cours.

**Autorisation de sortie :** En tant que responsable légal, j’autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l’accueil. Ces dernières devront se munir d’une preuve d’identité, ce sans quoi l’enfant ne pourrait quitter l’accueil. L’autorisation est valable de la date de signature jusqu’au 31 Août de l’année scolaire en cours, sauf si j’indique une date de fin en quatrième colonne du tableau.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | PRÉNOM | LIEN DE PARENTÉ AVEC L’ENFANT | DATE DE FIN DE VALIDITÉ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :