

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e), _____

autorise les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon enfant : _____

à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

ou l'hospitalisation à _____ (précisez le nom de l'hôpital)

Nous autorisons notre enfant: _____

à participer aux activités organisées par l'association oui non

à participer aux séjours courts oui non

à voyager par moyen de transport collectif oui non

à se baigner oui non

Notre enfant(s) sait nager: oui non

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Sortie des enfants de moins de 6 ans :

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil, que s'il est accompagné de _____ ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

Autorisation de sortie en dehors des horaires de l'accueil :

L'accueil se terminant à _____ H, si exceptionnellement, notre enfant devait sortir avant, nous nous engageons à fournir une décharge au directeur.

Lu et approuvé

Signature des parents ou du tuteur légal :

Le :