



Nom-Prénom ENFANT	
Date de naissance	
Nom Prénom MERE	
Tel Portable	
Nom Prénom PERE	
Tel Portable	
Adresse	
Mail (Obligatoire)	
Médecin traitant	
Observations: Allergies alimentaires; traitements; etc.	

AUTORISATION

- J'autorise
- Je n'autorise pas le centre de loisirs à prendre et à exposer des photos de mon enfant

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre (uniquement à partir de 8 ans)
- Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul du centre.

Noms des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....
.....

Je soussigné(e),responsable
légal(e) de l'enfant.....

- a) - Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs.
- b) - Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier sanitaire.
- c) - Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre de loisirs (déplacement en bus, à pied, à vélo...) et à participer aux différentes sorties prévues dans l'année, dans le cas contraire, je m'engage à prévenir la direction.
- d) - Autorise :
 - Les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
 - Les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.

LU et APPROUVE

Fait à le