

AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant :

Nom et Prénom des parents :

Date de naissance de l'enfant : / / - ans

Adresse :

Numéros de téléphones : a. b.

1 Autorise et atteste de l'aptitude de mon enfant à participer aux activités des vacances sportives (vacances de Toussaint, février, Pâques, juillet) :

OUI NON

2 Autorise l'équipe éducative à faire appel aux services d'urgences (pompiers, SAMU) en cas d'accident :

OUI NON

3 Autorise l'équipe éducative à pratiquer les gestes des 1^{er} secours en cas d'accident :

OUI NON

4 Autorise l'équipe éducative à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville :

OUI NON

5 Autorise l'équipe éducative à laisser sortir mon enfant de la salle de sport après la séance des Vacances Sportives :

OUI NON

6 Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant après la séance durant mon absence :

NOMS ET PRÉNOMS

LIEN DE PARENTÉ

..... -
..... -



Si vous souhaitez recevoir les programmes des vacances sportives durant l'année scolaire, veuillez noter votre mail lisiblement :

INFORMATIONS MÉDICALES

CERTIFICAT MÉDICAL

1ÈRE ANNÉE :

2ÈME ANNÉE :

3ÈME ANNÉE :

Validité 3 ans et reconductible avec le questionnaire de santé

Je m'engage à prévenir les éducateurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription

Difficultés de santé :

Médecin Traitant :

Numéro de téléphone :

Allergies alimentaires :

Autres :

Vaccinations : Fournir la copie des pages du carnet de santé de l'enfant

Signature du/des responsable(s) légal(s)

Fait à Pézenas, le / /