

AUTORISATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS pour le Centre de Loisirs :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : (Prévenir le jour même la direction)

Nom: Prénom : Autorisé à Prendre l'enfant Autorisé à être appelé en prendre l'enfant et à Qualité : cas d'urgence Téléphone fixe : Portable :

Nom: Prénom : Autorisé à Prendre l'enfant Autorisé à être appelé en prendre l'enfant et à Qualité : cas d'urgence Téléphone fixe : Portable :

Nom: Prénom : Autorisé à Prendre l'enfant Qualité : Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en Téléphone fixe : Portable : cas d'urgence

Nom: Prénom : Autorisé à Prendre l'enfant Qualité : Autorisé à prendre l'enfant et à être appelé en Téléphone fixe : Portable : cas d'urgence

Autorisation de sortie pour l'année 2020/2021

Je soussigné(e), M ou
Mme....., responsable
légal de l'enfant.....,
autorise celui-ci à participer aux sorties prévues et dont j'aurais été préalablement
informé.

Autorisation valable pour l'année 2020/2021.

- Autorisez-vous votre enfant à participer à toutes les activités proposées au centre et
sorties :

oui non

- Autorisez-vous à la baignade et aux jeux d'eau:

oui non

- Autorisez-vous votre enfant à utiliser les modes de transport pour les sorties:

oui non

Autorisations:

- Autorisez l'hospitalisation en cas d'urgence:

oui non

- Acceptez-vous que votre facture vous soit adressée par email :

oui non

- Acceptez-vous que nos services consultent CAFPRO afin de déterminer votre QF :

oui non

- Acceptez-vous que nous donnons de l'homéopathie à votre/vos enfant(s):

oui non

DIFFUSION / DROIT A L'IMAGE

Je donne mon accord à la diffusion :

- de l'enregistrement audiovisuel de mon enfant:

oui non

- des photographies de mon enfant prises lors d'activités:

oui non

- les enregistrements sonores de sa voix:

oui non

- diffusion d'image / presse (journal de centre, petit caudecostois):

oui non

Renseignements médicaux:

Médecin traitant (nom, adresse)

Téléphone

En cas d'urgence, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté, la famille étant immédiatement avertie.

J'autorise les responsables des structures (école, centre de loisirs) à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence
Signature

ALLERGIES OU PARTICULARITES

Asthme : oui / non , **alimentaire** : oui / non, **médicamenteuse** : oui / non

Pour les enfants ayant une allergie ou une particularité, un projet d'accompagnement individualisé (PAI) doit être mis en place.

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir selon les particularités:

.....
.....

Vaccins: Tableau à remplir et merci de joindre une photocopie du carnet de vaccinations

VACCINS	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES	Pour être efficace une vaccination nécessite un rappel tous les cinq ans Photocopie du carnet de vaccination Obligatoire
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				ROR		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT Polio				Autres		
Ou tetracoq				BCG / monotest		

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Date :

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