



AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés _____ autorisons les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin 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 _____ (nom, adresse, téléphone) ou l'hospitalisation à _____ (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- à participer aux activités organisées par l'association;
- à voyager en voiture individuelle, par moyen de transport collectif ;
- à diffuser ou reproduire des photos ;
- à se baigner

Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____ sait (savent) nager

Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____ ne sait (savent) pas nager.

NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.

Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques ...) ou recommandations des parents pour chacun des enfants :

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Lu et approuvé
Le :

Signature des parents
(ou signature du tuteur légal)

