

## Fiche des autorisations à compléter

Enfant :  
Responsable 1 :  
Responsable 2 :

## AUTORISATIONS AUX SOINS

(\* ) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

-En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

~~-En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.~~

-D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité

-D'administrer ~~des granules~~ ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(\* ) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CDAP

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) la direction à consulter et à conserver notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés :

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents