

Nom : Prénom :

AUTORISATION MEDICALE

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

N° sécurité sociale de l'enfant :

Groupe sanguin de l'enfant :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Prénom : N° de T:

Adresse Ville (code Postal)

Je soussigné(e)..... Père Mère Tuteur

autorise le médecin consulté en cas d'urgence à toute intervention que nécessiterait l'état de mon enfant, (Nom et prénom)....., y compris transfusion et anesthésie générale

Assurance..... Contrat N°

Fait à Taverny, le.....

Signature des parents :

TELECHARGER OBLIGATOIREMENT DANS LE DOSSIER PERSONNEL

- le questionnaire médical ou 1 certificat médical de moins de 3 mois

- carte de quotient familial ou l'original du dernier avis d'imposition sur le revenu (dans le cadre d'une union libre, fournir les 2 originaux des avis d'imposition)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné M. ou Mme.....

Parents de.....

Autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON

Autorise les personnes majeures mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité :

Nom : Prénom :

Autorise mon enfant à participer :

- aux sorties éventuellement organisées avec ou sans transport : OUI NON

- aux séances encadrées de la piscine : OUI NON

Autorise les éducateurs municipaux à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant et à contacter les personnes responsables de l'enfant devant être prévenues dans les plus brefs délais : OUI NON

Autorise mon enfant à être filmé et photographié aux fins d'utilisation des projets pédagogiques, et communications municipales (journal municipal, et site internet de la ville) : OUI NON

Date :

Signature précédé de la mention « Lu et approuvé » :