

AUTORISATION FAMILIALE

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s)

Nom Prénom
Nom Prénom
Père Mère Tuteur

Déclare autoriser mon (mes) enfant(s)

Nom Prénom né (e) le
Nom Prénom né (e) le
Nom Prénom né (e) le
Nom Prénom né (e) le

à participer aux différentes activités et sorties organisées et proposées par l'Association Des Familles

J'autorise les accompagnateurs responsables à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) urgentes constatées par un médecin et rendues nécessaires par l'état de mon(mes) enfant(s) .

Mon enfant repartira seul : OUI NON Avec ses parents : OUI NON

Autre(s) personne(s) autorisée(s):

Nom/Prénom	Lien de parenté	Téléphone

DROITS A L'IMAGE

M. Mme. autorise : OUI NON

l'Association à prendre mon (mes) enfant(s) en photo afin de les utiliser en terme de communication (presse, bulletin municipal et affichage dans les locaux) pour présentation des activités du centre.

Aussi je déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter
le Règlement Intérieur de l'Association (affichage dans les locaux)

Fait à : Le

Ecrire la mention : " lu et approuvé "

Signature du (des) responsable(s)