



ALSH TARABUCETTA

TARABUCETTA  
20114 FIGARI

Tel : 06 16 72 02 72  
alsh@figari.fr

Enfant :

Père :

Mère :

## AUTORISATIONS AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(\*) Rayer les mentions non autorisées

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.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'intervenir en cas de "petits bobos" (cf: trousse de secours du centre)

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

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(\*) Rayer les mentions non autorisées

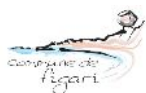
AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- 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 recois/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



ALSH TARABUCETTA

TARABUCETTA  
20114 FIGARI

Tel : 06 16 72 02 72  
alsh@figari.fr

## AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, 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 ET TRANSPORT

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties extérieures et à prendre un moyen de transport en commun lors des activités organisées par la structure.

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

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents

## AUTORISATION DE RENTRER SEUL(E) (pour les + de 6 ans uniquement)

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à quitter seul(e) l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement à partir de 17h00.

Je décharge la directrice de l'accueil ainsi que les animateurs de toute responsabilité dès l'instant où l'enfant aura quitté l'établissement.

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

mention "Lu et Approuvé"  
Signature des parents



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

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

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, Madame et Monsieur :

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