

IMPORTANT

Autorisations

1 ^{er} enfant	NOM	Prénom	Classe
2 ^{ème} enfant	NOM	Prénom	Classe
3 ^{ème} enfant	NOM	Prénom	Classe
4 ^{ème} enfant	NOM	Prénom	Classe

Je, soussigné(e) Mme, M. _____ autorise ces personnes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la périscolaire, à l'ACM du mercredi et / ou aux transports scolaires ou lors de l'interclasse de la restauration scolaire :

Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
 Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
 Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____
 Nom-Prénom : _____ Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Tout changement concernant les personnes venant chercher les enfants doit impérativement être signalé au Service Éducation Enfance afin d'être pris en considération.

Merci de cocher les cases correspondantes à vos choix

J'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux sorties extérieures organisées par la municipalité et à emprunter le bus en présence du ou des encadrants :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise le personnel communal à maquiller mon (mes) enfant(s) lors d'activités d'expression, d'atelier maquillage, de manifestations diverses :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'équipe d'encadrement à photographier mon (mes) enfant(s), seul et/ou en groupe (pour diffusion éventuelle sur des magazines ou supports municipaux) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables des services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon (mes) enfant(s) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

En cas d'urgence, les responsables préviendront la famille par téléphone sur les numéros indiqués sur la fiche de renseignements familiaux. Un enfant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers le Pôle de santé de Gassin (en premier lieu), à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille souhaite le prendre en charge elle-même.

Date :

Signature du ou des titulaires de l'autorité parentale :