

LES AUTORISATIONS

Personne(s) autorisée (s) à récupérer votre enfant :

Nom	Prénom	Téléphone

Droit à l'image : J'autorise Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités.

En cas d'accident :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant
autorise le personnel responsable à prendre toute mesure dictée par l'urgence.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :Tel :

Si votre enfant a des problèmes de santé (allergies, traitements en cours, contre-indications...)
veuillez nous le préciser

Attention : **Aucun traitement ne pourra être administré** sauf en cas de traitement particulier (allergie, maladie chronique ou temporaire...) dans le cadre d'un protocole d'accord individualisé (PAI), mis en place avec les responsables, la médecine de santé scolaire et la municipalité.

ASSURANCE SCOLAIRE

Attestation à fournir obligatoirement dès le début de l'année scolaire

Nom de l'agence:Tel :
N° de contrat :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée au règlement européen N° 2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de portabilité et d'effacement de vos données. Ces données sont susceptibles d'être communiquées à des tiers autorisés.

Le....., à

Signatures :