

Autorisations

Année scolaire 2022-2023

(Valable jusqu'au mois d'août 2023)

ENFANT INSCRIT

Ecole fréquentée : Classe :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Adresse complète :

.....

Régime alimentaire

PAI

Personne à prévenir en cas d'urgence (dans l'ordre de priorité) :

1 - Tél. : En qualité :

2 - Tél. : En qualité :

3 - Tél. : En qualité :






Sortie des enfants :

J'autorise notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre :

Seul (à partir de 10 ans)

Seulement s'il est accompagné de :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autres que les représentants légaux munies de leur carte d'identité

		Tante, grands-parents, voisin, ami etc....
Nom, prénom :		
Nom, prénom :		
Nom, prénom :		
Nom, Prénom :		
Nom, Prénom :		

Avec toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

J'autorise les animateurs des services périscolaires et extrascolaires à administrer ou à appliquer à mon enfant les produits suivants :

- Granulés homéopathiques d'Arnica
- Crèmes pour les ecchymoses (*type Arnica*)
- Crèmes solaires (*fournies par vos soins ou celles de la structure en cas d'oubli*)
- Crèmes pour les brûlures (*type Biafine*)

Je refuse l'administration des produits cités ci-dessus.

Je m'engage à communiquer au Pôle Accueil Enfance Jeunesse, tout changement médical de mon enfant.



Pour la sécurité de votre enfant, la fiche sanitaire jointe est indispensable. Merci de communiquer tout changement de coordonnées en cours d'année scolaire au Pôle Accueil Enfance Jeunesse au 33 rue Gambetta 10800 SAINT JULIEN LES VILLAS ou par téléphone au 03 25 71 79 48 – 03 25 71 79 61.

Je soussigné(e)....., atteste les informations ci-dessus mentionnées.

A, le.....

Signature du représentant légal
(NOM – Prénom)

Signature du représentant légal
(NOM – Prénom)