

# AUTORISATION PARENTALE CONCERNANT LES ENFANTS MINEURS

## SAISON 2015 – 2016

Je soussigné (e) ..... **AUTORISE ma fille ou mon fils :**

**NOM** ..... **Prénom** ..... **Né (e) le** .....

A participer à l'activité .....

-----

### **AUTORISATION MEDICALE**

Coordonnées du médecin traitant .....

..... Tél. : .....

Allergies alimentaires, médicamenteuses, autres :  OUI  NON

Si oui, lesquelles .....

Informations particulières à savoir sur l'enfant // autres recommandations : .....

.....

J'AUTORISE le personnel de La Paillette à faire appel aux services médicaux compétents et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

### **AUTORISATION DE SORTIE**

J'AUTORISE ma fille ou mon fils ..... à quitter seul (e) La Paillette.

OUI  NON

Si **NON**, alors mon enfant sera accompagné de :

M. ou Mme ..... N° Tél. .... Affiliation\* .....

M. ou Mme ..... N° Tél. .... Affiliation\* .....

*\*MERCI de préciser l'affiliation (grands-parents, oncle, tante, nounou, etc .....).*

**La Paillette se dégage de toutes responsabilités concernant la prise en charge des enfants hors des horaires de l'activité. Aussi, IL EST IMPORTANT que les parents s'assurent de la présence de l'intervenant avant chaque séance.**

Signature précédée de la mention « LU & APPROUVÉ »

Rennes, le ..... 2015