

# AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Nom et Prénom des parents : .....

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / ..... - ..... ans

Adresse : .....

Numéros de téléphones : a. .... b. ....

**1** Autorise et atteste de l'aptitude de mon enfant à participer aux activités des vacances sportives (vacances de Toussaint, février, Pâques, juillet) :

OUI  NON

**2** Autorise l'équipe éducative à faire appel aux services d'urgences (pompiers, SAMU) en cas d'accident :

OUI  NON

**3** Autorise l'équipe éducative à pratiquer les gestes des 1<sup>er</sup> secours en cas d'accident :

OUI  NON

**4** Autorise l'équipe éducative à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville :

OUI  NON

**5** Autorise l'équipe éducative à laisser sortir mon enfant de la salle de sport après la séance des Vacances Sportives :

OUI  NON

**6** Autorise les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon enfant après la séance durant mon absence :

**NOMS ET PRÉNOMS**

**LIEN DE PARENTÉ**

..... - .....  
..... - .....



Si vous souhaitez recevoir les programmes des vacances sportives durant l'année scolaire, veuillez noter votre mail lisiblement : .....

## INFORMATIONS MÉDICALES

### CERTIFICAT MÉDICAL

1ÈRE ANNÉE : .....

2ÈME ANNÉE : .....

3ÈME ANNÉE : .....

*Validité 3 ans et reconductible avec le questionnaire de santé*

*Je m'engage à prévenir les éducateurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription*

### Difficultés de santé :

Médecin Traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

Allergies alimentaires : .....

Autres : .....

Vaccinations : Fournir la copie des pages du carnet de santé de l'enfant

Signature du/des responsable(s) légal(s)

Fait à Pézenas, le ..... / ..... / .....