

**Autorisations parentales**

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT** : .....

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné, M/Mme \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ en qualité de \_\_\_\_\_ autorise :

**(Noms et Prénoms des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant ainsi que ses coordonnées téléphoniques, cette personne devra fournir une pièce d'identité légale).**

M/Mme.....

M/Mme.....

M/Mme.....

J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs à la fermeture

( ) OUI

( ) NON

**AUTORISATION PHOTO OU VIDEO**

Je soussigné, M/Mme \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_  
en qualité de \_\_\_\_\_ autorise les animateurs de l'Accueil de Loisirs à prendre l'enfant  
en photo ou en vidéo pendant les activités et à les diffuser dans les publications liées à Familles  
Rurales.

**AUTORISATION D'UTILISATION DU BUS**

Je soussigné, M/Mme \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_  
en qualité de \_\_\_\_\_ autorise mon enfant à se déplacer en bus lors des sorties du  
Centre.

**AUTORISATION MEDICALE**

Je soussigné, M/Mme \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_  
en qualité de \_\_\_\_\_ autorise les membres du personnel de l'accueil de loisirs ayant le  
PSC1 ou AFPS, à donner les médicaments à mon enfant (Ordonnance à fournir obligatoirement).

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur : .....

Ou l'hospitalisation à : ..... (Précisez le nom et le lieu  
de l'hôpital ou de la clinique).

Date :

Signature :