

## AUTORISATION PARENTALE & FICHE D'URGENCE

Je soussigné(e) : .....responsable de :

- Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

- Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

- Nom de l'enfant : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

☐ Autorise ou ☐ n'autorise pas (cocher la réponse) que mon (mes) enfant(s) soit(oient) pris en photo au cours des activités de l'ALSH. (Ces photos pourront être mises dans les articles de presse sur les activités de l'ALSH ainsi que sur le site de l'ALSH).

☐ Autorise ou ☐ n'autorise pas (cocher la réponse) que l'on donne de l'arnica en pommade ou en granule en cas de coup à mon (mes) enfant(s) au cours des activités de l'ALSH.

J'ai pris note que mon (mes) enfants (s) sera(ont) remis par les animateurs de l' ALSH aux personnels de garderie qui s'occuperont des départs.

J'ai bien pris connaissance du projet éducatif, pédagogique et du règlement intérieur sur le site de l'ALSH.

### Nom et adresse des responsables légaux:

MERE : NOM..... Autorité parentale : oui ☐ non ☐

Adresse : .....

E mail : .....

Profession : .....

PERE : NOM..... Autorité parentale : oui ☐ non ☐

Adresse : .....

Profession : .....

E mail : .....

Autre responsable légal : NOM..... Autorité parentale : oui ☐ non ☐

Adresse : .....

N° CCSS : ..... Nom de l'allocataire CCSS : .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance extra scolaire : .....

Responsabilité civile oui ☐ non ☐ Individuelle accident oui ☐ non ☐

En cas d'accident, les responsables de l'ALSH s'efforcent de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les infos ci-dessous :

N° de téléphone du domicile : .....

N° du travail de la mère : ..... Portable : .....

N° du travail du père : ..... Portable : .....

N° d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

N° et adresse du médecin traitant : .....

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. J'autorise les responsables des animations à prendre toute mesure en cas d'accident ou de maladie y compris l'hospitalisation, ou en cas d'urgence, les opérations chirurgicales jugées indispensables par le médecin. Je m'engage à rembourser le montant des frais médicaux engagés.

### Merci de remplir la fiche sanitaire ci-jointe.

Ecrire « lu et approuvé », dater et signer :

Mère

Père

Tuteur