



NOM et Prénom de l'enfant :

## **AUTORISATIONS**

Nous soussignés Madame et/ou Monsieur \_\_\_\_\_

### **AUTORISATION AUX SOINS**

AUTORISONS le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de notre enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGEONS la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital,

AUTORISONS l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de notre enfant. Les parents ou responsables mentionnés ci-dessus devant être prévenus dans les plus brefs délais.

OUI

NON

### **AUTORISATION DE FILMER ET PHOTOGRAPHER**

AUTORISONS que notre enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La structure elle-même
- La commune (bulletin municipal, internet et autres supports)
- La presse
- Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIONS que si nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

OUI

NON

### **AUTORISATION DE RENTRER SEUL(E)**

AUTORISONS notre enfant à rentrer seul(e) par ses propres moyens.

OUI

NON

Date et signatures des parents ou responsables