

**AUTORISATIONS DES PARENTS
 ET/OU TUTEURS LEGAUX
 (Indiqués dans la Fiche Administrative)
 ALSH**

Année scolaire 2019/2020

ALSH (Mercredis, Vacances, Temps périscolaires et Temps méridien)

Le fonctionnement des ALSH impose que l'enfant soit accompagné à l'accueil du matin et récupéré le soir. Il ne peut donc pas quitter la structure d'accueil **seul**.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....
 autorise les **personnes majeures** inscrites ci-dessous à récupérer mon enfant

NOM/Prénom.....Tél.port.* :Lien de parenté.....

NOM/Prénom.....Tél.port.* :Lien de parenté.....

NOM/Prénom..... Tél.port.* :Lien de parenté.....

NOM/Prénom..... Tél.port.* :Lien de parenté.....

NOM/Prénom..... Tél.port.* :Lien de parenté.....

Si vous souhaitez confier votre enfant à un mineur, il est impératif de nous transmettre une autorisation manuscrite. Dans tous les cas, cette personne doit au minimum être scolarisée en 6^{ème}.

*OBLIGATOIRE

A _____, le __/__/_____

Mention « Lu et Approuvé »
 Signature des parents

PARTICIPATION AUX ACTIVITES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

autorise mon enfant

à participer à toutes les activités mises en place dans le cadre des programmes d'animations des Accueils de Loisirs de la Communauté de Communes Rhône-Vistre-Vidourle.

A _____, le __/__/_____

Mention « Lu et Approuvé »
 Signature des parents

FACTURATION

Je soussigné(e) Madame, Monsieur..... accepte de recevoir les factures CCRVV dématérialisées (par mail), ce qui annule l'envoi par courrier postal.

A _____, le __/__/_____

Mention « Lu et Approuvé »
 Signature des parents

AUTORISATIONS DE SOINS (COCHER LES CASES)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

- demande au personnel de la structure :
 - En cas de fièvre, d'aider à la prise, sous ma responsabilité, d'antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
 - En cas de maladie de mon enfant, d'aider à la prise, sous ma responsabilité, des médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
 - D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.
- Autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :
- Transfert aux urgences
- décharge la direction de la structure de toute responsabilité pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.
- autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents

AUTORISATIONS DE FILMER / PHOTOGRAPHER (COCHER LES CASES)

Je soussigné (e), Madame, Monsieur

autorise mon enfant à être filmé et/ou photographié, aux fins d'utilisation par :

- La Presse
- Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la commune ou de la Communauté de Communes

Et certifie m'engager à ne pas utiliser les films ou photos qui me seront transmis à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise mon enfant
à participer aux sorties organisées par la structure.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE BAINNADE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise mon enfant
à se baigner lors des activités avec la structure.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise mon enfant
à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des activités périscolaires, extrascolaires et
durant le temps méridien.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE PARTENAIRE CAF

Je soussigné(e), Madame, Monsieur autorise le Service Enfance de la CCRVV à
consulter mon dossier allocataire sur le PARTENAIRE CAF, afin d'accéder directement aux ressources à
prendre en compte pour le calcul des participations financières.

A _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents