



ALSH FIGARI
SCOLA MATERNA
20114 FIGARI

Tél: 06 37 40 27 06
Courriel : alsh@figari.fr

ENFANT:
PÈRE:
MÈRE :

AUTORISATION AUX SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu' à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant. Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'intervenir en cas de "petits bobos" (cf: trousse de secours du centre)

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le __/__/____

mention "Lu et Approuvé"

Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

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

CERTIFIE(NT) que si je reçois / nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le __/__/____

mention "Lu et Approuvé"

Signature des parents