**AUTORISATION PARENTALE**

***Traitements médicaux, hospitalisation…***

Je soussigné(e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

autorise, le Directeur de l’accueil périscolaire, des mercredis récréatifs et accueils de loisirs, à prendre le cas échéant, toutes les mesures traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Signature :**

**AUTORISATION PARENTALE**

***Administration de médicament occasionnellement***

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………......

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)…………………………………………………........

Demande aux personnels en charge de l’encadrement au sein de l’association Les Catt’Mômes,

d’administrer, suivant la prescription (\*), le ou les médicaments à mon (mes) enfant(s).

Je m’engage à faire connaître immédiatement toute modification du traitement.

**Date : Signature :**

(\*) Lorsque l’enfant est malade nous vous demandons de joindre impérativement la prescription lisible et détaillée du médecin (avec indication du poids de l’enfant et nom équivalent du médicament générique). Sans ordonnance AUNCUN médicament ne sera administré à l’enfant.

**AUTORISATION PARENTALE**

***Autorisation de sortie***

Dans le cadre de l’accueil de loisirs du secteur jeunes,

je soussigné(e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 [ ]  L’autorise à rentrer seul à la fin de l’activité principale

 [ ]  **ne l’autorise pas** à rentrer seul et m’engage à venir le récupérer à la fermeture du secteur jeunes **au plus tard à 18h**

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Signature :**