AUTORISATION PARENTALE

Traitements médicaux, hospitalisation…

Je soussigné(e)
Parent ou tuteur légal de(s) enfant(s)
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.

X _____

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.

X _____

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

☐ 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**

X _____

Date : **Signature :**