

AUTORISATION PARENTALE

Nom et ☎ des personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

.....
.....

AUTORISATION DE SOINS ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur
Demeurant à
représentant(s) légal (aux) de l'enfant (nom, prénom)
date de naissance/...../..... autorise **en cas d'accident, la ville d'Elancourt à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale selon les prescriptions du corps médical consulté. Mon enfant sera transporté à l'hôpital choisi par le médecin des sapeurs-pompiers ou du SAMU.**

Signature :

AUTORISATION DE TOURNAGE ET DE PRISE DE VUE

Prénom de l'élève : Nom de l'élève :

Prénom et nom du / des parents (si nécessaire) :

J'autorise la prise de vue de mon enfant/de ma personne, dans le cadre d'un tournage vidéo ou d'un reportage photo. Les photos/vidéos peuvent, pour une durée de 5 ans, selon les besoins de la ville d'Elancourt, être utilisées dans les supports de communication municipaux, sous quelque forme que ce soit, et d'autres supports de communication qu'elle jugera nécessaires (presse locale et nationale).

J'autorise

Je n'autorise pas

Je souhaite payer :

En une fois (Septembre)

En 3 fois (Novembre, Février, Mai)

Je certifie exact les renseignements ci-dessus et déclare avoir pris connaissance du règlement des écoles municipales en pages 3 et 4.

Date :

Signature :