



# AUTORISATIONS PARENTALE



Je soussigné(e)

Nom (du représentant légal ou du tuteur) : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Autorise mon enfant (nom et prénom de l'enfant) : .....

## Autorisations de départ

À rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

OUI  NON

À partir seul(e) de l'espace jeunes librement sans contrainte horaire.

OUI  NON

## Autorisations droit image

Précise dans quel cadre, je donne l'accès à l'équipe encadrante, d'utiliser, de reproduire et de diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s).

Dans ce cadre, ces photos et vidéos pourront être publiées :

Sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le site internet de la municipalité	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les réseaux sociaux de l'AIFR et structures jeunesse locales	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur la presse locale	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le bulletin municipal communal	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les supports de communication telles que plaquettes, brochures, panneaux de présentation, rapport de stage, vidéo des spectacles, vidéo de promotion... (liste non exhaustive)	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas

Je donne l'accès à l'équipe encadrante sur la diffusion du nom et prénom du jeune dans le cadre de projet :

autorise  n'autorise pas

## Autorisations diverses

À voyager en voiture individuelle (dont le conducteur est une personne ayant + de 21 ans et + de 2 ans de permis) si la situation se présente ou le nécessite.

À se baigner en piscine ou sur un lieu autorisé suivant la réglementation.

À être pris en charge par les responsables qui prendront toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.

Accepte que mon numéro de téléphone soit utilisé pour intégrer un groupe WhatsApp de parents, dans le cadre d'un séjour ou d'un projet.

Le :

À :

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il un régime alimentaire particulier ?... **PRÉCISEZ**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**5 – RESPONSABLE LÉGAL DEL'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXEET/OUPORTABLE      DOMICILE : ..... BUREAU :.....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :.....

Signature :