



NOM & ADRESSE DE VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE SCOLAIRE :

2- PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'(LES) ENFANT(S) :

(Précisez le lien de parenté) :

M. Mme.....	Tél.....
M. Mme.....	Tél.....
M. Mme.....	Tél.....
M. Mme.....	Tél.....
M. Mme.....	Tél.....
M. Mme.....	Tél.....

3- ATTESTATIONS :

Je certifie sur l'honneur que mon / mes enfant(s) est/sont à jour de ses/leurs vaccinations obligatoires.

➤ Je soussigné(e) _____, responsable légal de/ des (l') enfant(s) :

- _____

- _____

- _____

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

➤ J'autorise, n'autorise pas (**rayez la mention inutile**), le service périscolaire de la Mairie de Saint Baldoph à réaliser des photos, films, vidéos... dans le cadre de son activité et à les diffuser sur les supports municipaux.

Date et signatures des responsables légaux avec la mention « lu et approuvé » :

Parent 1 :	Parent 2 :