

Décharge de Responsabilité

Nom et Prénom des parents : _____

Nom de l'enfant concerné : _____

Je soussigné, _____, m'engage et donne autorisation à :

Nom Prénom	Lien parental	Numéro de téléphone

À venir chercher mon enfant.

Autorisation de Soins

☐ J'autorise la directrice du séjour à joindre les secours et à faire pratiquer sur mon enfant, tous les soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaissent indispensables.

Droit à l'image

☐ J'autorise la Communauté de Communes à diffuser des photos de mon enfant (site Internet et journal de la CDC, journaux locaux, blog...).

Transport en Minibus

☐ J'autorise mon enfant à être transporté dans le minibus 9 places de la structure, conduit par un des membres de l'équipe d'animation (animateur ou directeur) lors des sorties qui sont organisées dans le cadre des activités du centre de loisirs.

Accès CAFpro

☐ J'autorise le service, à avoir accès par le biais du portail partenaire et dans le respect de la confidentialité, aux informations suivantes : *Nom et Prénom de l'allocataire, Montant du quotient familial (historique de 24 mois) et date de calcul, Nom et Prénom des enfants à charge, Adresse postale*

Grâce au numéro d'allocataire suivant : ----- (notez votre numéro d'allocataire)

Le :

Signature :