

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 le 29 octobre.

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...).

Accès portail partenaires

J'autorise le service, à avoir accès par le biais du portail partenaires 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 :