

Contacts d'urgence et autorisations

CENTRE AERE 2024-2025

Pour nous permettre de vous joindre en cas d'urgence, nous vous remercions d'indiquer dans l'ordre de priorité les numéros de téléphone où nous pourrions vous contacter, ainsi que les coordonnées de toute autre personne autorisée à prendre votre enfant. En cas d'urgence vitale, il sera fait appel au 144 ; les frais occasionnés par cette démarche sont intégralement à la charge des parents. Toute modification est à annoncer à l'équipe éducative dans les meilleurs délais.

1. ENFANT

Nom	Prénom
Date de naissance	
Adresse de l'enfant	
Mon enfant fréquente la structure de : <input type="checkbox"/> St-Cergue <input type="checkbox"/> Arzier <input type="checkbox"/> Givrins <input type="checkbox"/> Trélex	
Assurance maladie/accident (compagnie et n° de police)	
Assurance responsabilité civile (compagnie et n° de police)	

2. RESPONSABLE LEGAL

Nom	Prénom	
Tél. 1	Tél. 2	Tél. 3

3. CONJOINT

Nom	Prénom	
Tél. 1	Tél. 2	Tél. 3

4. AUTRES PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT (c.f.directives internes 2014-2015)

Nom	Prénom	
Adresse	CP, localité	
Tél. 1	Tél. 2	Tél. 3

5. AUTORISATION DE TRANSPORT ET SORTIES

Des sorties hors du périmètre de la structure sont organisées régulièrement.
Ces sorties ont lieu à pied, mais également au moyen de transports publics.
Par votre signature, vous autorisez ces différents transports.

- oui**, j'autorise mon enfant à être transporté
- non**, je ne veux pas que mon enfant soit transporté

6. AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIES

Nous prenons régulièrement des photos des enfants lors des activités. Elles sont exclusivement destinées à un usage interne. De même que d'éventuels enregistrements audios ou vidéos. Les parents qui en font la demande peuvent s'opposer à ce que leur enfant soit pris en photo. Aucune photo, enregistrement audio ou vidéo ne sera publié sur internet.

- oui**, j'autorise que mon enfant soit pris en photo
- non**, je ne veux pas que mon enfant soit photographié

7. INFORMATION - PRODUITS PHARMACIE DE BASE ET ALLERGIES

Allergie médicamenteuse : _____

Allergie alimentaire : _____

Autre allergie : _____

ENFANT

Nom:

Prénom:

Produits

Indiquez votre choix d'une croix

Nous acceptons qu'il soit administré ?

Produit de remplacement fourni (avec fiche médicaments)

Sérum physiologique

oui non

Paracétamol sirop

oui non

Fenipic

oui non

Désinfectant / cicatrisant

oui non

Leucen

oui non

Crème nettoyante / hydratante

oui non

Feniallerg gouttes

oui non

Crème solaire

oui non

Spray anti-tiques

oui non

Nous autorisons l'équipe éducative à contacter le pédiatre de notre enfant en cas de problème de santé si nous ne pouvons pas être atteints

Lieu et date :

Signature :