

FICHE DES AUTORISATIONS A COMPLETER Année 2018-2019

Enfant (nom et prénom) : _____

Père (nom et prénom) : _____

Mère (nom et prénom) : _____

AUTORISATION DE CONSULTATION « Plateforme CAF »

Le(s) soussigné(s), Madame et Monsieur,

AUTORISE(NT) le personnel administratif habilité, à consulter directement le quotient familial auprès de la plateforme de la CAF afin d'appliquer la tarification adéquate aux différents services.

Nom et prénom de l'allocataire : _____ N° d'allocataire : _____

A _____, le _____ mention « Lu et approuvé »
Signature du (des) représentant(s) légal (aux)

AUTORISATION AUX SOINS

Le(s) soussigné(s), Madame et Monsieur,

(*) rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de leur enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de leur enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais

DEMANDE(NT) au personnel de la structure

- En cas de maladie de leur enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double ou la copie de l'ordonnance.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité.
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à leur enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le _____ mention « Lu et approuvé »
Signature du (des) représentant(s) légal (aux)

AUTORISATION DE SORTIE

(pour tous séjours et activités organisés par nos services
en dehors de nos structures d'accueil)

Le(s) soussigné(s), Madame et Monsieur,

(*) rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) leur enfant à participer aux différentes sorties ou activités organisées par nos services, en dehors de nos structures d'accueil.

AUTORISE(NT) leur enfant à emprunter, le cas échéant, un moyen de transport en commun.

A _____, le

mention « Lu et approuvé »
Signature du (des) représentant(s) légal (aux)

AUTORISATION DE FILMER/PHOTOGRAPHIER

Le(s) soussigné(s), Madame et Monsieur,

(*) rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que leur enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La structure elle-même (journal interne...)
- Le service communication de la Ville.
- La presse.
- Le site internet, CD-ROM et autres supports numériques de la structure.
- Les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage.

S'ENGAGE(NT), si réception des photos ou des films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le

mention « Lu et approuvé »
Signature du (des) représentant(s) légal (aux)

Conformément à la [loi « informatique et libertés »](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au :

Service enfance jeunesse, mairie de Noyal-sur-Vilaine
18 place de l'Hôtel de Ville - CS 10013 - 35538 Noyal sur Vilaine Cédex
courriel : dir.enfancejeunesse@ville-noyalsurvilaine.fr
tel : 02 99 04 13 13