



Autorise les responsables à présenter mon enfant à un médecin, de préférence, le Dr ..... exerçant sur la commune de ..... tél..... en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à l'hospitaliser.

### DROITS A L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de .....

autorise  n'autorise pas

les responsables à prendre des photos de mon enfant au cours des moments de vie quotidienne. Je prends note que ces photos seront utilisées lors des activités de mon enfant (expo, ...) ou utilisées pour agrémenter la diffusion d'informations aux familles (presse, bulletin municipal...). En aucun cas, les photos ne seront diffusées dans un but commercial.

### AUTORISATION POUR RECEVOIR DES COURRIELS

J'autorise les responsables des **TAP** à utiliser mon adresse mail pour me communiquer que des informations attendantes au service : .....@.....

Certifiés exacts les renseignements portés sur la fiche.

Fait à GENESTON, le .....

**SIGNATURE**

### AUTORISATION PARENTALE

MR et/ou MME.....autorise (nt) mon enfant .....

A rentrer à la maison, à la fin des T.A.P uniquement s'il est accompagné d'une tierce personne étant reconnue comme représentante légale ou désignée par la famille, et pour laquelle je m'engage à faire connaître l'identité aux responsables (ci-dessous).

-Nom, prénom : ..... Qualité : .....

-Nom, prénom : ..... Qualité : .....

-Nom, prénom : ..... Qualité : .....

Lundi  Mardi  Jeudi

A rentrer seul (e) à la maison à pied ou en vélo à la fin des T.A.P.

Lundi  Mardi  Jeudi

A partir avec le personnel de l'AFRG pour se rendre à l'accueil périscolaire

Lundi  Mardi  Jeudi

Fait à GENESTON, le .....

**SIGNATURE**

**En cas de modification au cours de l'année, merci de prendre contact avec le service jeunesse au 02.40.26.17.45**

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement et qu'elles soient transmises aux animateurs. Elles seront utilisées dans le cadre pour lequel elles ont été collectées. Ces données seront archivées en fin d'année scolaire.

