

DECHARGE MEDICALE

PARENT(S) :

NOM : ..... PRENOM : .....

Téléphone (en cas d'urgence) : .....

Adresse : .....

Mail : .....

Père\* Mère\* Autre, à préciser\* .....  
(\*barrer les mentions inutiles)

Enfant inscrit au cours :

NOM et PRENOM : .....

Date de naissance : .....

J'autorise l'Association des Familles de Brindas en cas d'accident :  
- à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales nécessaires  
- à faire transporter mon enfant par les pompiers à l'hôpital le plus proche, en cas d'urgence.

MEDECIN TRAITANT :

NOM : ..... Téléphone : .....

Hôpital éventuellement désiré : .....

Traitement éventuel ou informations importantes à signaler :

AUTORISATION DE SORTIE à l'issue d'un cours

- J'autorise mon enfant à sortir seul(e) en fin de cours.
- Je n'autorise pas mon enfant à sortir seul(e) en fin de cours et m'engage à venir le chercher dans la salle d'arts plastiques à l'heure prévue.
- J'autorise M. ou Mme ..... à venir chercher mon enfant en fin de cours.

Brindas, le .....  
Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)