

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 »)