

AUTORISATIONS PARENTALES SERVICES ÉDUCATIFS

(à remettre complété au Guichet famille)

Nom et prénom de l'enfant :

Représentants légaux :

AUTORISATION DE SOIN

J'autorise le personnel à prodiguer les soins suivants à mon enfant :

- Administration de traitement antipyrétique en cas de fièvre supérieure à 38,5°C (enfants accueillis au **Multi accueil uniquement**),
- Administration d'un traitement médical sur ordonnance d'un médecin et fourni par la famille (Multi accueil, Accueil de loisirs, Pôle ados, restauration, accueils périscolaires).

⇒ Joindre impérativement l'ordonnance et le traitement dans son emballage d'origine accompagné de sa notice et les confier **obligatoirement** à l'équipe de direction de la structure. Aucun médicament ne doit rester en possession de l'enfant.

OUI NON

DÉCHARGE EN CAS D'ACCIDENT

J'autorise l'équipe d'encadrement, en cas de maladie ou d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgence, y compris le transport et l'hospitalisation :

OUI NON

En mon absence, j'autorise mon enfant à quitter l'hôpital accompagné d'un membre de l'équipe d'encadrement :

OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'équipe d'encadrement à faire participer mon enfant à des activités organisées hors des locaux de la structure, incluant, le cas échéant, un transport collectif :

OUI NON

Tournez la page, SVP

DROIT À L'IMAGE : PHOTOS ET VIDÉOS

(Période d'exploitation des images : jusqu'en janvier 2027)

UTILISATIONS INTERNES

Expositions, activités dans les structures

OUI NON

DIFFUSIONS

Documents d'information et de communication municipaux

OUI NON

Internet : site officiel de la de Bernay (bernaylaville.fr), WEB
(réseaux sociaux, Youtube, sites divers...)

OUI NON

Fait à , le

Signature des représentants légaux

PÉRIODE DU 01/09/2025 AU 31/08/2026