

# GARDERIE PERISCOLAIRE DE CHIROUBLES

ANNEE SCOLAIRE 2019 - 2020

**NOM et Prénom de l'enfant** : .....

**Classe** : .....

## **AUTORISATION A FAIRE PRATIQUER LES SOINS D'URGENCE :**

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur ..... autorise à faire transporter mon enfant ..... et à faire pratiquer tous soins d'urgence constatés par un membre du corps médical.

Nous indiquer ci-dessous toute particularité médicale (allergie, contre-indication, etc...) :  
.....  
.....

*Eventuellement médecin à contacter :*

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**NUMEROS DE TELEPHONE** où nous pourrions joindre les parents de l'enfant en cas de nécessité :

Domicile : ..... Portable : .....

N° Tél professionnel du Père : .....

N° Tél professionnel de la Mère : .....

Autres (Nom et Tél) : .....

Adresse mail (nécessaire et lisible) : .....

Profession Père : ..... lieu .....

Profession Mère : ..... lieu .....

## **AUTORISATION DE SORTIE :**

NOM des personnes (autre que les parents) autorisées à venir chercher votre enfant à la sortie de la garderie. Ces personnes devront avoir été **présentées** à la responsable de la garderie.

.....+ Tél .....

.....+ Tél .....

.....+ Tél .....

.....+ Tél .....

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » et date.**

**Responsabilité civile :**

NOM de la compagnie d'assurance : .....

N° de police d'assurance : .....

