



Mairie de CHAUSSAN

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Nom, Prénom représentant légal de

Nom, Prénom Date de naissance : Niveau de classe :

Nom, Prénom Date de naissance : Niveau de classe :

Nom, Prénom Date de naissance : Niveau de classe :

Nom, Prénom Date de naissance : Niveau de classe :

OUI NON **A**utorise le responsable à faire soigner mon/mes enfant(s) et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.

OUI NON **A**utorise mon/mes enfant(s) à participer à l'ensemble des activités proposées.

OUI NON **A**utorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) après les activités périscolaires.

OUI NON **A**utorise mon/mes enfant(s) à quitter le périscolaire avec les personnes autorisées.

OUI NON **A**utorise la mairie de Chausson à utiliser des photos de mon/mes enfant(s) prises au cours des accueils périscolaires pour les bulletins municipaux et toutes publications écrites (affiches, journaux...), le site internet chaussan.fr, l'E.lettre du Maire.

OUI NON **A** pris connaissance du règlement intérieur de chaque service

OUI NON **A**utorise la commune de Chausson à consulter les éléments de mon dossier via CAF Pro.

Je m'engage à remplir les informations relatives à ma situation sur le site periscolaire.capega.com et à faire connaître tous changements de situation.

Je certifie que les informations remplies sur le site periscolaire.capega.com sont exactes.

Date et signature du représentant légal :