

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Mme..... M.....

Parents ou tuteur de l'enfant Né(e) le.....

Autorise le Responsable ou le Directeur de l'établissement ou du service à prendre toute mesure en cas d'urgence médicale ou chirurgicale.

.....
 Oui Non

Autorise le médecin de la structure à examiner mon enfant, durant son séjour en crèche

Oui Non

Autorise le personnel habilité à administrer, à mon enfant, les médicaments sur prescription médicale et ou lui prodiguer les premiers soins d'urgence

Oui Non

Accepte que mon enfant soit filmé et photographié, dans le cadre, des activités au sein de la structure et sorties pédagogiques

Oui Non

Fort de France, le

Signature de la mère

Signature du père

Signature du tuteur