

DECHARGE

Je, soussigné(e)

Autorise les responsables du centre de loisir de l'association à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie.

Si cela est possible, je souhaite la consultation

Du Docteur

Ou l'hospitalisation

J'autorise également mon (mes) enfant(s) à se baigner sous surveillance (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio)

OUI

NON

J'autorise l'association à transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du centre

- **En voiture individuelle**
 - **Par les responsables de l'association**
 - **Par d'autres familles**
- **Par des moyens de transports collectifs (car, SNCF)**

OUI

NON

Lu et approuvé

Le

A

Signature

AUTORISATION
POUR REPRODUIRE OU DIFFUSER DES PHOTOS

Je, soussigné(e) :

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....

Donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Famille Rurales de ma personne ou celle de mon (mes) enfant(s) :

.....
.....,

pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'information Familles Rurales, illustrations du site internet Familles Rurales.

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter de

Les événements commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation pu à ma vie privée, ou a celle

Lu et approuvé

Le

A

Signature :

J'autorise mon enfant : à rentrer seul **OUI (1) NON (1)**
après le centre aéré.

OU

- accompagné de :
- accompagné de :
- accompagné de :
- accompagné de :
- accompagné de :
- accompagné de :

Rayez la mention inutile

DATE

SIGNATURE

