



REVISION DU DOSSIER

Date et visa : .....Date et visa : .....

Date et visa : .....Date et visa : .....

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Etablissement : .....

Classe en 2018-19 : .....

Nous soussignés,

**REPRESENTANT LEGAL 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (père, mère, autres à préciser): ..... Autorité parentale : Oui :  Non :

Adresse : ..... Téléphone : .....

**REPRESENTANT LEGAL 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (père, mère, autres à préciser): ..... Autorité parentale : Oui :  Non :

Adresse : ..... Téléphone : .....

. déclare(ons) sur l'honneur autoriser, les personnes ci-dessous désignées, à prendre en charge notre enfant à l'issue ou dans le temps des périodes scolaires, transports, périscolaires, T.A.I. (Temps d'Activités Intermédiaires), extrascolaires ou personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone(s)	Lien avec l'enfant	Prise en charge	A prévenir en cas d'urgence
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cadre des activités scolaires, transports, périscolaires, T.A.I., extrascolaires :

. Autorisons notre enfant à utiliser les moyens de transports appropriés	<input type="checkbox"/>
. Autorisons, en cas d'urgence, les membres responsables de la structure organisatrice des activités à prendre toutes les mesures que nécessiterait l'état de santé de notre enfant, à faire appel à tous services de secours ou d'urgence et à hospitaliser notre enfant en cas d'accident et nous nous engageons à rembourser l'avance éventuelle de frais médicaux et/ou pharmaceutiques engagés.	<input type="checkbox"/>
. Autorisons que mes coordonnées soient communiquées aux associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/>
. Autorisons notre enfant à naviguer sur internet (sous contrôle d'un adulte)	<input type="checkbox"/>
. Autorisons les membres responsables de la structure organisatrice durant l'année scolaire en cours :	
. A le photographier <input type="checkbox"/> . A le filmer <input type="checkbox"/> . A utiliser son image : <input type="checkbox"/>	

Fait à : ..... Nom et prénom ..... Nom et prénom

Le : ..... Signature ..... Signature

