



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  
TARN-AGOUJ

# AUTORISATION PARENTALE

ANNEE : 20 / 20

ALSH ÉLÉMENTAIRE ST SULPICE : 05.63.40.09.40

\*

ALSH MATERNEL ST SULPICE : 05.63.40.06.70

\*

ALSH BUZET SUR TARN : 05 34 26 50 35

\*

\* Cocher la structure ALSH concernée – un seul choix possible

## ENFANT :

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

Noms et Prénoms des frères et sœurs	Date de naissance

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e)

Marié(e)

Union libre

Veuf(veuve)

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : ..... Personnel: ...../...../...../...../.....

..... Portable: ...../...../...../...../.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... Travail mère: ...../...../...../...../.....

N° Sécurité sociale           Travail père: ...../...../...../...../.....

Courriel : .....@.....

N° Allocataire CAF (département).....ou autres organismes .....

Profession et employeur du père

..... Ville.....

Profession et employeur de la mère

..... Ville.....

## INFORMATIONS MEDICALES :

Nom du Médecin de famille : ..... Ville ..... : ...../...../...../...../.....

Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, baignade, énurésie, lunettes, appareil dentaire...)

Mon enfant a déjà eu : la rubéole oui non, la varicelle oui non, des angines oui non, la scarlatine oui non, la coqueluche oui non, la rougeole oui non, les oreillons oui non, des otites oui non, des rhumatismes articulaires oui non

### Note :

Aucun médicament ne pourra être pris sans **ordonnance** et **accord écrit des parents** ( médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

**ALLERGIES ET HANDICAPS** Prendre contact avec le responsable de la structure



**AUTORISATIONS :****Autorisation de partir seul de l'ALSH** (uniquement à partir du CP) OUI  NON **Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :**NOM et PRENOM : .....  Personnel : ...../...../...../...../.....NOM et PRENOM : .....  Personnel : ...../...../...../...../.....NOM et PRENOM : .....  Personnel : ...../...../...../...../.....NOM et PRENOM : .....  Personnel : ...../...../...../...../.....**Personne non autorisée à récupérer l'enfant :**

➤ J'autorise mon fils (ma fille) à participer aux activités de l'ALSH et à utiliser les moyens de transport mis à disposition par la Communauté de Communes du Tarn-Agout pour effectuer les différentes activités. oui  non

➤ J'autorise l'ALSH à prendre des photographies de mon enfant qui pourront être utilisées uniquement dans les actions de communication CCTA (Presse, publication CCTA, Site internet CCTA) oui  non

➤ J'autorise le responsable de l'ALSH à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence oui  non

**RÉSERVATIONS :****RÉSERVATIONS OBLIGATOIRES POUR TOUTES LES ACTIVITÉS**

ALSH (Mercredi et vacances scolaires)

**ALSH ÉLÉMENTAIRE ST SULPICE : 05.63.40.09.40****ALSH MATERNEL ST SULPICE : 05.63.40.06.70****ALSH BUZET SUR TARN : 05 34 26 50 35**

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH qui m'a été remis lors de l'inscription

Fait à : ..... le : .....

Nom et Prénom du Responsable Légal

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL