

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ en qualité de responsable légal de
l'enfant (Nom, Prénom) _____

déclare :

- exacts les renseignements portés sur ce dossier et sur la fiche sanitaire.
- avoir pris connaissance des règlements intérieurs et leurs avenants que j'accepte pleinement.
- être joint (portable) par sms en cas d'alerte, urgence...au _____

Autorise les services d'accueils de la commune de Rians à :

- prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- délivrer un comprimé d'iode (iodure de potassium) en cas d'accident nucléaire et de rejet dans l'atmosphère d'iodes radioactifs liés aux risques sanitaires pour la population **UNIQUEMENT EN CAS DE CONSIGNE DU PRÉFET** (documentation jointe au dossier),
- avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt,
- transporter mon enfant pour les sorties par les moyens jugés nécessaires (minibus-autocar),
- Publier des photos de mon enfant,
- mon enfant à rentrer seul.

Je m'engage :

- à signaler tout changement dans les informations transmises à ce jour,
- à fournir l'attestation de la réactualisation de mon quotient familial au 1^{er} février

Date et signature(s) obligatoire(s) du ou des responsables légaux :

A....., le.....

Signature(s)

**AUCUNE INSCRIPTION NE SERA PRISE EN COMPTE S'IL
MANQUE DES DOCUMENTS**