ACCUEIL DE LOISIRS

79140 LE PIN

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e) Mr, Mme . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tel . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ou . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Autorise mon (mes) enfant (s) :

NOM PRENOM DATE DE NAISSANCE

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

A participer à l’accueil de loisirs du PIN pour l’année scolaire juillet 2018 - juin2019

**Et autorise :**

* **Le transport en car ou mini bus**
* **La directrice, les animateurs ou les responsables à transporter mon (mes) enfant (s) pendant le temps d’accueil de loisirs**
* **Les sorties et les baignades qui seront organisées**
* **En cas d’urgence, toute intervention chirurgicale ou médicale (appeler un médecin disponible choisi par le centre)**
* **A photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) durant les activités de l’association Les lucioles de la Vallée ainsi qu’à diffuser ces images sur les supports suivants : papier, CD ROM ou DVD, blog de l’association…**

A contacter : Nom :

 Adresse :

 Tel :

 **Pour venir prendre mon (mes) enfant(s), si personne n’est venu récupérer mon (mes) enfant (s) après la fermeture officielle de l’Accueil de Loisirs.**

 Fait au Pin, le

 Signature