

# AUTORISATIONS

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

## AUTORISATION DE SORTIE

*J'autorise mon enfant à sortir seul de l'école et à rentrer seul au domicile : oui non*

*J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties de l'école : oui non*

*Je dégage la **Scola Aiaccina** et les organisateurs/accompagnateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir au cours des activités en liaison avec l'organisme receveur sous réserve que les procédures de sécurité normales aient été respectées.*

Signature des parents/du tuteur de l'enfant

Date

## AUTORISATION DE SORTIE EN VÉHICULE

*J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties de l'école impliquant le transport en véhicule particulier, sous réserve qu'il soit nommément désigné (permis de conduire), bénévole et conforme aux normes de circulation (carte grise, assurance, confort, estampille sécurité) ou en transport en commun : oui non*

Signature des parents/du tuteur de l'enfant

Date

## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

**Je, soussigné(e), .....**

**Responsable de l'enfant, autorise à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, radios, analyses, anesthésies, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, si aucune des personnes à contacter ne peut être jointe en cas d'urgence.**

Signature : .....

Date :.....

### MÉDECIN GÉNÉRALISTE DE LA FAMILLE

**Dr :** .....

**Tél :** .....