

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'accident et d'urgence

Je soussigné(e),

(Nom et prénom)

autorise le transport de mon enfant.....

.....
au centre hospitalier le plus proche à savoir le Centre
Hospitalier de Seclin.

Si non, précisez le nom et l'adresse de l'établissement
souhaité :

.....
.....

Date et signature :

CES AUTORISATIONS SONT VALABLES POUR TOUTE LA PERIODE DE SCOLARISATION DE VOTRE (VOS) ENFANT(S) AU GROUPE SCOLAIRE PHILIPPE-LAURENT ROLAND.

Autorisation de sortie :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M..... autorise
mon (mes) enfant(s) :
Nom/Prénom : Nom/Prénom :
Nom/Prénom : Nom/Prénom :
Nom/Prénom : Nom/Prénom :
à repartir : seul(s),
 avec moi (nous) son (ses) responsable(s) légal(-aux) : Père / Mère
 avec Mme, Mlle, M. :

Autorisation photo :

Je donne l'autorisation au Service Jeunesse de Port-à-Marcq de photographeur et
filmer mon (mes) enfant(s) précédemment cité(s) et d'en utiliser le produit
uniquement dans le cadre des accueils périscolaires et des Mercredis Récréatifs
(salle de Port-à-Marcq, presse locale).
 Oui Non

Autorisation d'hospitalisation d'urgence:

En cas d'accident et d'urgence, j'autorise le transport de mon (mes) enfant(s)
précédemment cité(s) en centre hospitalier.

Oui Non

Port-à-Marcq, le.....
Signature(s) :