

AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES

CAMPS KIDS XPERIENCE – SEALS Team

Merci de lire, dater et signer chaque autorisation..

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci-dessous :

• AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr le.la Directeur.trice du séjour, ou à défaut son Adjoint ou représentant élu de l'Association en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le Signature

• AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le Signature

• AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, un post sur les réseaux sociaux, un article sur internet, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le Signature