

Commune de La Francheville
Association Profession Sport et Culture Ardennes (A.P.S.C.A.)

Activités extrascolaires
Les jeudis de 17h à 18 h
Pour les enfants de 6 ans à 11 ans

AUTORISATION PARENTALE

NOM du Responsable : _____

Adresse : _____

 Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Spécifier le numéro à contacter en premier

 Lieu de travail ⇨ Père : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ou portable

Mère : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse Mail : _____

Nom du Médecin Traitant : _____  Médecin : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Identité de(s) l'enfant(s) :

NOM(S)	PRENOM(S)

● **Soins urgents :**

Si mon (mes) enfant(s) est (sont) malade(s) ou victime(s) d'un accident, nécessitant des soins particuliers urgents :

- (1) J'autorise
 Je n'autorise pas

la commune ou les responsables de l'A.P.S.C.A. à faire appel soit au S.A.M.U.(15) ou aux Sapeurs Pompiers (18)

● **Autorisation d'opérer :**

En cas de nécessité :

- (1) J'autorise
 Je n'autorise pas

la commune ou les responsables de l'A.P.S.C.A. à faire opérer mon (mes) enfant(s).

Dans les 2 cas ci-dessus :

Personne à avertir : _____

 : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

A La Francheville, le _____
Signature du Responsable

(1) Cocher la case correspondant à votre choix