



Crèche Interentreprises "Les Colibris"

8 rue Aimé Bonpland
Espace Mendès France

79000 NIORT

Tel : 06 20 68 10 06
lescolibris@udaf79.asso.fr

Autorisations à Signer

Enfant :

Responsable 1 :

Responsable 2

AUTORISATIONS AUX SOINS

(*) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital. AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

CERTIFIE(NT) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHIER

(*) Rayer les mentions non autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CDAP

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) la direction à consulter et à conserver notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

ENQUÊTE STATISTIQUE FILOUÉ

Nous soussignés :

Acceptons que des données à caractère personnel soient transmises à la Cnaf à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje.

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom Adresse Téléphone Lien de Parenté

A _____, le ____/____/____

mention "Lu et Approuvé"
Signature des parents