



## AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) :  Monsieur       Madame

Nom : .....Prénom : .....

Père Mère, de l'enfant Nom : .....Prénom : .....

- Autorise, en cas d'urgence, le responsable du CLAE à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'appel des secours, les traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital, ou autre (à préciser)..... **OUI**     **NON**
  
- Autorise le responsable du CLAE à administrer les traitements prescrits sur ordonnance du médecin dont il lui a été communiqué un exemplaire.    **OUI**       **NON**

** *Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.***

- Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs (bus) :    **OUI**     **NON**
  
- Est-ce que votre enfant bénéficie de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant Handicapé) ?  
**OUI**     **NON**
  
- autorise le personnel du CLAE à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées dans des publications :
  - internes au CLAE : **OUI**     **NON**
  - externe au CLAE (presse locale, municipale, internet) : **OUI**     **NON**
  
- Est-ce que votre enfant bénéficie de l'AEEH ?    **OUI**     **NON**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

**Signature du représentant légal 1**

(Lu et approuvé)

**Signature du représentant légal 2**

(Lu et approuvé)

