

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS | AC 2000 2026-2027

Je soussigné(e) : (Nom et prénom du responsable)
Représentant légal du ou des enfant(s) nommé(s) ci-dessous autorise à pratiquer les activités proposées par l'AC 2000, aux conditions énoncées par l'association.

Nom et prénom de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant :

En cas d'accident, j'autorise l'AC 2000 à prendre toutes les mesures qui s'imposent, et à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner, ou en cas d'urgence.

Coordonnées du médecin à consulter :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

En cas d'hospitalisation, préciser l'hôpital ou la clinique :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom	Adresse	Téléphone

Je m'engage à m'assurer de la présence de l'animateur, à accompagner et à venir récupérer mon/mes enfant(s) dans la salle d'activité (en dehors de l'activité, l'AC 2000 n'est pas responsable). Les enfants pourront quitter les locaux de l'AC 2000 ou être récupérés par une tierce personne à la condition que celle-ci figure sur une autorisation rédigée par mes soins et que j'ai remise à l'AC 2000 lors de l'inscription de mon/mes enfant(s) mineur(s).

En cas de non-respect de ces consignes, l'AC 2000 décline toute responsabilité.

J'autorise l'AC 2000 à exploiter à des fins promotionnelles (presse, site internet...) toute photo ou vidéo sur lesquelles mon et/ou mes enfant(s) pourrait(ent) figurer dans le cadre de ses activités. Cette utilisation ne peut être faite que dans un but pédagogique, éducatif ou d'information et en aucun cas à titre commercial :

☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon et/ou mes enfant(s) à participer aux sorties qui pourraient être organisées dans le cadre de son activité :

☐ OUI ☐ NON

Fait à Le.....

Signature