

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e) _____, responsable légal

Autorise

n'autorise pas

L'équipe d'encadrement à hospitaliser mon enfant en cas de nécessité.
Les parents seront prévenus immédiatement par la direction.

Fait le _____

(Signature du responsable légal)

Autorisation Droit à l'image

Je soussigné(e) _____, responsable légal

Autorise

n'autorise pas

Que mon enfant soit photographié ou filmé par le personnel et que les photos soient diffusées à des fins de communications institutionnelles.

Fait le _____

(Signature du responsable légal)

Renseignement Supplémentaire

➤ Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique :

○ Sans viande

○ Sans porc

➤ Préciser si autres allergies (alimentaires ou non) :

Fait le _____

(Signature du responsable légal)