FICHE D'AUTORISATION

Enfants concernés :

Nom	Prénom	Date de naissance

AUTORISATION DE COVOITURAGE ET TRANSPORT EN MINIBUS :

Si vous le souhaitez, votre enfant aura la possibilité de partir et revenir du Der en covoiturage, avec les parents qui se seront proposés bénévolement pour le transport.

Je soussigné(e) .....responsable de(s) enfant(s) :

Nom, prénom .....

Nom, prénom.....

Nom, prénom .....

Accepte le transport en voiture individuelle (co-voiturage) ❐ OUI ❐ NON

Si **NON**, nom des personnes (+ téléphone) autorisées à reprendre les enfants

.....

.....

Accepte le transport en minibus en cas de besoin sur le camp ❐ OUI ❐ NON

AUTORISATION A L'IMAGE : ❐ OUI ❐ NON

Nous autorisons la reproduction et/ou la diffusion des photographies et/ou des vidéos de nos enfants ou/et de nous-même réalisées par Familles Rurales. Pour les usages exclusifs suivants : journaux, supports vidéos, illustrations de documents d'information, illustration du site Internet Familles Rurales, Facebook, Twitter.

AUTORISATION D'ACTIVITES :

Nous autorisons nos enfants à participer aux activités proposées lors du camp au lac du Der :

Sorties et activités organisées	❒ OUI	❒ NON
Baignade	❒ OUI	❒ NON
Activités et sports aquatiques	❒ OUI	❒ NON
Pour information : mes enfants savent nager	❒ OUI	❒ NON
Sorties surveillées « quartier libre »	❒ OUI	❒ NON

AUTORISATION MEDICALE :

En cas d'accident, les responsables s'engagent à nous avertir immédiatement :

Nom et prénom .....

Nous autorisons l'équipe d'animation à présenter nos enfants à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
De préférence le Docteur .....

L'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Dans la mesure du possible, nous désirons que nos enfants soient transportés par les services d'urgence ; hôpital ou clinique :
Nom .....

Adresse .....

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée avec la fiche sanitaire.

Fait à .....

Le .....

SIGNATURES DES RESPONSABLES LEGAUX
Précédé de « LU ET APPROUVÉ »

Père :	**Mère :**