



Souhaitez-vous que l'enfant soit admis :

- à l'Hôpital     oui         non    Si oui, lequel.....

- à la clinique     oui         non    Si oui, lequel.....

**Désignation des personnes autorisées à reprendre l'enfant**

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Adresse	Téléphone

- J'autorise les personnes désignées ci-dessus à prendre en charge mon (mes) enfant(s) à sa sortie de la structure
- J'exonère le gestionnaire de la structure de toute responsabilité sur cet enfant après son départ de l'établissement

J'accepte que mon enfant soit pris en photo :                     oui         non

J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à partir seul à 16h30 :                     oui         non

Je m'engage à respecter le règlement intérieur   

Date et signature OBLIGATOIRES

A ....., le.....,

**Signature du père de l'enfant,**

**de la mère de l'enfant,**

**du tuteur de l'enfant**