

AUTORISATIONS DIVERSES 2024-2025

POUR LES ATELIERS DE PRATIQUES ARTISTIQUES

Élève : F / M

NOM : Prénom :

Date de naissance : Niveau scolaire :

REPRÉSENTANT LÉGAL Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. domicile :

Mail :

À LIRE ET REMPLIR OBLIGATOIREMENT

→ Je m'engage à vérifier que le cours a bien lieu avant de laisser mon enfant.

→ J'autorise mon enfant à quitter l'établissement à la fin du cours ou en cas d'absence du professeur ou de l'intervenant.

Oui Non

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

→ J'autorise que mon enfant ou moi-même soit transporté dans un centre hospitalier en cas d'accident, et à faire subir tous examens et interventions chirurgicales qui pourraient se révéler nécessaires.

Oui Non

→ J'autorise la ville à diffuser mon image ou celle de mon enfant dans le cadre d'actions non commerciales.

Oui Non

→ J'ai bien pris connaissance que l'établissement déclinera toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident survenant à mon enfant en dehors des heures d'ateliers.

Oui

→ J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur du ou des établissements.

Oui

→ J'accepte de recevoir les informations culturelles de la Ville.

Oui Non

Date et signature du représentant légal ou de l'élève majeur
Précédées de la mention « Lu et approuvé »