



COMMUNE

DE

**BOURG DES COMPTES**

Tél. : 02.99.05.62.62

Fax : 02.99.05.62.69

Mail : [mairie@bourgdescomptes.com](mailto:mairie@bourgdescomptes.com)

3 rue de la mairie

BP 1 – 35890 Bourg des Comptes

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Exemplaire pour le restaurant scolaire

Pour être plus efficace, en cas de besoin, veuillez s'il vous plait remplir convenablement ce document et le **retourner au plus vite en mairie.**

**Personne à joindre, sur le temps du midi (entre 11h45 et 13h45), en cas de nécessité :**

Ordre de priorité	NOMS, Prénoms, liens de parenté	numéro tél. domicile	numéro tél. travail	numéro tél. portable (ou autres)
1				
2				
3				

**Délégation de pouvoir en cas d'urgence :**

Je soussigné(e)..... père – mère – tuteur légal – demeurant à l'adresse suivante :  
 ....., autorise les animateurs et le personnel du restaurant municipal de BOURG DES COMPTES, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation est valable en cas d'impossibilité, soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille : Dr..... Tél : ...../...../...../...../.....

Fait à ..... le..... **Signatures** (père, mère ou responsable légal de l'enfant) :

**Renseignements sur le(s) enfant(s) :**

<b><u>Premier enfant</u></b>	<b>Allergies alimentaires (joindre certificat médical)</b>	<b>Allergies médicamenteuses Problèmes de santé...</b>	<b>Liste vaccinations (avec dates)</b>
Nom : .....	.....	.....	.....
Prénom : .....	.....	.....	.....
Date de naissance : ...../...../.....	.....	.....	.....
Classe et école fréquentée : ..... .....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

<b><u>Deuxième enfant</u></b>	<b>Allergies alimentaires (joindre certificat médical)</b>	<b>Allergies médicamenteuses Problèmes de santé...</b>	<b>Liste vaccinations (avec dates)</b>
Nom : .....	.....	.....	.....
Prénom : .....	.....	.....	.....
Date de naissance : ...../...../.....	.....	.....	.....
Classe et école fréquentée : ..... .....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

<b><u>Troisième enfant</u></b>	<b>Allergies alimentaires (joindre certificat médical)</b>	<b>Allergies médicamenteuses Problèmes de santé...</b>	<b>Liste vaccinations (avec dates)</b>
Nom : .....	.....	.....	.....
Prénom : .....	.....	.....	.....
Date de naissance : ...../...../.....	.....	.....	.....
Classe et école fréquentée : ..... .....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

=====

**Divers :**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame..... père – mère ou tuteur légal, autorise l'équipe d'animation ou le personnel municipal à prendre mon(mes) enfant(s) en photo pour les afficher au restaurant municipal et pour les publier dans les journaux, bulletins municipaux.

**Fait à** ..... **le**..... **Signatures** (père, mère ou responsable légal de l'enfant) :