



En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives.

OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...)

OUI  NON

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités

OUI  NON

**Médecin traitant :** Nom : ..... **Téléphone** .....

**Adresse :** .....

A l'occasion des activités du centre, votre enfant est susceptible d'être photographié et nous souhaitons faire figurer ces photos sur notre site internet, [www.lespeltiots.fr](http://www.lespeltiots.fr).

**J'autorise, je n'autorise pas** (1) la publication sur le site internet de la structure des photographies où peut apparaître mon enfant.

*1(barrer la mention inutile).*

En cas de refus de votre part, la photo de votre enfant sera rendu flou avec un logiciel de retouche d'images.

**Fait à** ..... , **le** ..... **Signature :**