

<u>Personnes habilitées à venir chercher les enfants</u>		
NOM	Prénom	Qualité
Téléphone		
NOM	Prénom	Qualité
Téléphone		

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

OBSERVATIONS MEDICALES - REGIMES PARTICULIERS - ALLERGIES

TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement ?

Si oui, lequel ?

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné

Après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de la garderie péri-scolaire, Autorise la commune de RULLAC ST-CIRQ représentée par son Maire Gilles ALMAYRAC à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

Lu et approuvé
Signature des parents ou du responsable de l'enfant