

# CENTRE DE VACANCES LE MOULIN DU GOUTAY

Je soussigné(e) M., Mme : .....

autorise les responsables de Centre de vacances à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin urgent et si nécessaire sous anesthésie.

Enfants (Nom, Prénom) : .....

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur :

.....  
.....

ou l'hospitalisation à .....

## SORTIE

↳ J'autorise mon enfant à participer aux activités extérieures du Centre de vacances

OUI  NON

↳ J'autorise mon enfant à rentrer à la maison, à la fin du séjour au centre accompagné de .....  
ou toute autre personne pour laquelle je m'engage à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

↳ J'autorise mon enfant à se baigner sous surveillance (seuls les enfants vaccinés contre la poliomyélite peuvent se baigner)

Mon enfant sait nager OUI  NON

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom ..... Prénom ..... ☎ .....

Nom ..... Prénom ..... ☎ .....

Lu et approuvé, le ..... Signature