

Autorisations parentales

Autorisons notre enfant à participer à des sorties, ateliers organisées par la structure.

OUI

NON

Autorisons le personnel de la CCPOH à transporter notre enfant en véhicule (bus ou navette) dans le cadre des activités mises en place par le service Petite Enfance.

OUI

NON

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants :

Publication dans le magazine intercommunal, documents destinés à promouvoir le service et la CCPOH en général, exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire des enfants..., site internet de la CCPOH, promotion du service et de ses activités dans la presse quotidienne régionale

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI

NON

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et s'engageons à respecter toutes les clauses.

A _____, le ____/____/____/ mention « lu et approuvé » **Signature des représentants légaux**

Renseignements médicaux



Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

Médecin traitant de l'enfant _____ **N° de Tél :** _____

Adresse _____

Nous soussignés, Madame, Monsieur, _____

Autorisons le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant :

Déchargeons la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital

Autorisons l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

S'engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

Autorisons le personnel de la structure à administrer, sous notre responsabilité :

- En cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, les antipyrétiques selon la prescription du médecin traitant et (ou) selon le protocole établi par le médecin de la structure.
- D'appliquer une pommade sur le siège de mon enfant et de la crème solaire en cas de nécessité.

S'engageons à fournir à l'inscription, une ordonnance d'antipyrétique selon la prescription du médecin traitant, à renouveler tous les 6 mois.

Certifions n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le ____/____/____/ mention « lu et approuvé » **Signature des représentants légaux**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la CCPOH – Pôle services intercommunal 1 place Le Châtelier 60700 Pont-Sainte-Maxence

Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256
60700 Pont-Sainte-Maxence
Tél. 03 44 29 48 80
Fax. 03 44 29 48 79
Mail : pole_services@ccpoh.fr


Pays d'Oise et d'Halatte
www.ccpoh.fr

