



AUTORISATIONS

Je soussigné (nom, prénom).....
Demeurant.....
.....
agissant en qualité de parents de :
(nom et prénom de l'enfant).....

1. Pour soins médicaux :

Autorise le personnel de la structure sous couvert de la directrice à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou accident de mon enfant, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement le transport par les sapeurs pompiers pour l'hospitalisation au sein du Centre Hospitalier de l'agglomération montargoise.

2. Pour venir chercher votre enfant à la crèche :

Autorise les personnes majeures suivantes à venir chercher mon enfant à la crèche :

- (nom, prénoms, téléphone, lien de parenté)
-
-
-
-

3. Règlement :

Atteste avoir reçu le règlement intérieur de la structure.
Autorise la Direction de la structure à utiliser notre numéro CAF pour consulter nos ressources et conserver une copie écran pour le calcul du tarif horaire. La consultation sur le site Mon Compte Partenaire se fait dans le cadre de la convention signée entre la CAF et la structure.

Montargis le
Signatures des parents.