

Décharge médicale

Je soussigné (e)père, mère, tuteur
(biffer les mentions inutiles)

de

autorise les animateurs et responsables du Centre Protestant d'Amougies à prendre toutes les mesures nécessaires d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage d'autre part à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés par le C.P.A. à cette occasion.

Je certifie que la médication signalée dans la fiche de santé a été prescrite par un médecin.

Date et signature

Des parents

Du médecin (facultatif)

Droit à l'image

Suivant la nouvelle législation sur le droit à l'image, nous devons bénéficier de votre accord pour utiliser l'image de votre enfant pour le site du camp ou les articles qui paraîtront dans les journaux du Centre.

Je soussigné

Autorise l'utilisation des photos de mon enfant sur le site Internet et sur les parutions du Centre Protestant d'Amougies.

N'autorise pas l'utilisation des photos de mon enfant.

Date :

Signature

Il faut également que tu emportes :
-deux vignettes de mutuelle
-ta carte SIS
-ta carte d'identité ou une copie de celle-ci