



SLV :

AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Nom et Prénom de l'agent : _____

N° de téléphone : _____

(si possible, n° de portable indispensable)

Dates de vaccinations

Diphtérie et Tétanos enavec rappel en,,,

contre la Poliomyélite en....., avec rappel en,,

et subi le BCG en

Allergie à certains médicaments ou autres :

Je soussigné(e) Père, Mère ou Tuteur déclare autoriser mon enfant..... à participer à toutes les activités organisées par la CMCAS PARIS.

En cas d'urgence, j'autorise également la CMCAS PARIS à prendre toutes dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux qui pourraient s'imposer.

A cet effet, je vous communique les éléments nécessaires à sa prise en charge éventuelle.

N° S.S. :

☎ Personnel ou portable :

☎ Travail :

Signature :