



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 en .....avec 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 :**