

**Regroupement Pédagogique :  
Bazoncourt, Sanry S/Nied, Sorbey  
Périscolaire**

**4-Données concernant la facturation**

**En cas de séparation des parents, préciser l'adresse de facturation.**

**5-Droit à l'image**

**Je soussigné(e).....père, mère de(s)  
l'enfant(s) ci-dessus dénommé(s) autorise ou n'autorise pas le  
périscolaire de Sanry sur Nied à photographier ou à filmer mon (mes)  
enfant(s) pendant les heures d'accueil du périscolaire et à utiliser son  
image dans divers supports d'information et de communication.**

**► (rayer la mention inutile)**

**6-Renseignements concernant le médecin traitant**

**Nom du médecin traitant :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

**7-Autorisation d'intervention médicale**

**Je soussigné(e).....père, mère de(s)  
l'enfant(s) ci-dessus, autorise la directrice de l'accueil périscolaire à  
Sanry sur Nied, à prévenir les services d'urgences et à prendre toutes  
les mesures nécessaires dans l'intérêt de l'enfant, si l'état de santé  
l'exige.**

**Fait-le.....**

**Nom, prénom.....**

**Signature(s)**