

**Regroupement Pédagogique :
Bazoncourt, Sanry S/Nied, Sorbey
Périscolaire
2024/2025**

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)