



AUTORISATIONS PARENTALES

Année scolaire 2024/2025

AUTORISATIONS DE SOINS

Nous, soussignés,.....

Autorisons le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de notre enfant..... : Pratique de soins d'urgence que l'équipe médicale jugera indispensable au regard de l'état de santé de notre enfant, transfert aux urgences et décharge la direction de la structure de toute responsabilité pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

Aussi, nous nous engageons à signaler dès sa survenue toute modification familiale, professionnelle, adresse et numéro de téléphone.

A _____, le ____/____/_____

Mention « Lu et Approuvé » Signature des parents

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Nous, soussignés,

Autorisons notre enfant à être filmé et/ou photographié, aux fins d'utilisation dans les publications écrites de l'école Cap School, sur son site internet et réseaux sociaux et dans d'éventuelles revues promotionnelles. Nous sommes informés que cette utilisation est faite dans un cadre pédagogique uniquement et que l'identité de notre enfant sera protégée. Nous sommes également informés que ces images pourront être utilisées ou distribuées sous d'autres formes, toujours dans le cadre de présentation de notre établissement.

Et certifions nous engager à ne pas utiliser les films et les photos qui nous seront transmis à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ____/____/_____

Mention « Lu et Approuvé » Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIES SCOLAIRES

Nous, soussignés Autorisons notre enfant à participer à toutes les sorties organisées par l'école dans le cadre des activités scolaires et extrascolaires.

A _____, le ____/____/_____

Mention « Lu et Approuvé » Signature des parents