



COMMUNE DE DAMMARTIN SUR TIGEAUX

Grande Rue - 77163 DAMMARTIN SUR TIGEAUX

☎ 01 64 04 32 72 – ☎ 01 64 04 34 40

mairie.damtig@wanadoo.fr

## ETUDE SURVEILLÉE

### AUTORISATION PARENTALE 2016-2017

**NOM ET PRENOM de l'enfant :** .....

Date et lieu de naissance : .....

Classe suivie : .....

Assurance Extra Scolaire : .....

(numéro de contrat et adresse)

**Je soussigné(e) :**

.....

Adresse : .....

Tél. domicile :

Tél. portable

Tél Travail

.....

.....

.....

**Adresse Email :**

.....

Père, Mère, Tuteur ou Responsable de l'enfant, m'engage :


- ✓ A respecter les règles de fonctionnement de l'étude surveillée de la commune de Dammartin Sur Tigeaux consignées dans le règlement intérieur remis lors de l'inscription.
- ✓ A reprendre mon enfant si son comportement était incompatible avec les règlements à observer en collectivité (discipline et sécurité).
- ✓ En cas de nécessité, à autoriser le responsable de l'étude surveillée à prendre toute mesure pour que les soins indispensables à l'état de mon enfant lui soient apportés sans délais, et le cas échéant à le faire transporter à l'hôpital le plus proche pour que lui soient prodigués les soins qui s'imposent dont toute intervention chirurgicale d'urgence, éventuellement sous anesthésie locale ou générale selon la prescription des médecins.


.../...


J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir après l'étude surveillée : OUI ( ) NON ( )

J'autorise l'agent communal assurant l'étude surveillée à accompagner mon enfant jusqu'au centre de loisirs « La Clé des Champs » à la sortie de l'étude surveillée  
OUI ( ) NON ( )

Si non, préciser ci-dessous le nom, adresse et numéro de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie de l'étude surveillée :

1. M. ou Mme ..... en qualité de  
.....  
Adresse  
.....  
 .....

2. M ou Mme ..... en qualité de  
.....  
Adresse  
.....  
 .....

3. M ou Mme ..... en qualité de  
.....  
Adresse .....  
  
 .....

Allergie alimentaire ou problème médical à signaler : OUI NON

Si oui, préciser :

.....

Fait à .....le .....

Signature du Responsable de l'Enfant