

AUTORISATIONS DIVERSES 2025-2026

POUR LES ATELIERS DE PRATIQUES ARTISTIQUES



Genre : F / M /

NOM : Prénom :

Date de naissance : Niveau scolaire :

REPRÉSENTANT LÉGAL Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. domicile :

Mail :

À LIRE ET REMPLIR OBLIGATOIREMENT

→ Je m'engage à vérifier que le cours a bien lieu avant de laisser mon enfant.

→ J'autorise mon enfant à quitter l'établissement à la fin du cours ou en cas d'absence du professeur ou de l'intervenant.
 Oui **Non**

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

→ J'autorise, en cas d'accident, que mon enfant soit transporté dans un centre hospitalier et à faire subir tous examens et interventions chirurgicales qui pourraient se révéler nécessaires.
 Oui **Non**

→ J'ai bien pris connaissance que l'établissement déclinera toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident survenant à mon enfant en dehors des heures d'ateliers.
 Oui

→ J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur du ou des établissements.
 Oui

→ J'accepte de recevoir les informations culturelles de la Ville.
 Oui **Non**

Date et signature du représentant légal
 Précédées de la mention « Lu et approuvé »