

A retourner dès possible

Accueil des enfants des personnels prioritaires

Je soussigné, _____ parent d'élève

de l'école : Ste-Anne de Baud St Joseph de Camors Notre Dame de Guénin Sainte Thérèse de Quistinic

N° de portable 1 : _____ N° de portable 2 : _____

Adresse mail : _____@_____

N° de Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : Oui Non

- Sollicite un accueil pour mon enfant, _____ âge _____ Classe _____

PAI : oui non Allergie particulière : _____

Date	Cocher les cases	Heure d'arrivée	Heure de départ
Lundi 27 avril			
Mardi 28 avril			
Mercredi 29 avril			
Jeudi 30 avril			
Lundi 4 mai			
Mardi 5 mai			
Mercredi 6 mai			
Jeudi 7 mai			

- autorise le responsable de l'accueil des enfants des personnels prioritaires, à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou intervention chirurgicale nécessitées par l'état de mon enfant. Cette autorisation vaut, en particulier, en cas d'impossibilité soit de me joindre (ou de joindre mon conjoint), soit d'obtenir l'avis de notre médecin de famille, le docteur _____ tél : _____

Signature :