

Autorisations spécifiques

Obligatoires

Année scolaire : **2017 - 2018**

Je soussigné :

Responsable de l'enfant :

Autorise la direction de l'AFR à :

- Faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité absolue, notamment sur l'hôpital de Thonon-les-Bains ou d'Annemasse
- Lui donner tous les soins urgents que peut réclamer son état (selon prescription médicale)
- Lui donner des granules homéopathiques d'arnica

Par ailleurs Je donne mon accord :

(Cochez le rond si vous acceptez, et fournissez l'information requise):

- pour que l'AFR Douvaine accède à mes ressources via le site **CAFPRO**, pour calculer mon quotient familial & le tarif applicable :

Numéro allocataire CAF :

- pour recevoir mes courriers et factures par courrier électronique, plutôt que par courrier postal :

Adresse e-mail 1 :

Adresse e-mail 2 :

Enfin, je certifie avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** qui m'a été remis (version mise à jour en Mai 2017 suite à l'AG du 10 mai 2017). Je m'engage par la présente à respecter scrupuleusement les stipulations de ce Règlement.

A, le/...../ 20.....

Signature :