



# AUTORISATIONS SPÉCIFIQUES

## OBLIGATOIRES

(2019 – 2020)

Je soussigné : (**NOM et PRENOM**) : .....

Représentant légal de/des enfant(s) : (**NOM et PRENOM**)

- .....
- .....
- .....

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

**Afin de réduire l'impact sur l'environnement, nous privilégions l'envoi des factures par mail plutôt que par courrier.**

Etes-vous d'accord de recevoir vos factures par mail : OUI / NON

**Adresse e-mail 1** : .....

**Adresse e-mail 2** : .....

Enfin, je certifie avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** de l'AFR (*version mise à jour suite à l'AG du 15 mai 2019*).

Je m'engage par la présente à respecter scrupuleusement les stipulations de ce règlement.

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

**SIGNATURE :**