

AUTORISATION SPECIFIQUE OBLIGATOIRES

2024 -2025

Je soussigné(e) (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.
- Autorisation d'accès mon compte partenaire CAF

Afin de réduire l'impact sur l'environnement, l'ensemble des documents (factures, relances, carte d'adhésion etc.) seront envoyés uniquement par mail ou disponible sur le Portail familles. De plus, certains documents du dossier étant à tacite reconduction, il est de votre responsabilité de nous tenir informés en cas de modification des informations. Enfin, toute modification du carnet de vaccinations (ex : rappel de vaccins) doit nous être transmis.

Veuillez renseigner l'adresse électronique référente pour l'envoi des documents et l'accès au Portail familles :

Adresse e-mail :

(Vous ne pouvez désigner qu'une adresse mail).

Enfin, je certifie avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** de l'AFR (*version mise à jour à la suite de l'AG du mercredi 22 mai 2024*).

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

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

SIGNATURE :