ville de frouard

ÉCOLE DE MUSIQUE

FICHE SANITAIRE & AUTORISATIONS 2024/25

A retourner par email à ecole.de.musique@frouard.fr ***avant le 4 sept. 2024****.*

ÉLÈVE

◯ Monsieur ◯ Madame

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. _____ E-mail _____

Difficultés de santé - si oui, préciser _____

Allergies médicamenteuses - si oui, préciser le médicament _____

Nom du médecin traitant _____ Tél. _____

ville de frouard

ÉCOLE DE MUSIQUE

FICHE SANITAIRE & AUTORISATIONS 2024/25

AUTORISATIONS

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce formulaire.

◯ J'autorise ◯ Je n'autorise pas

à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'élève. Je m'engage à informer les services (de l'enseignement) de toute modification importante concernant l'état de santé de l'élève pouvant intervenir en cours d'année.

◯ J'autorise ◯ Je n'autorise pas

la ville de Frouard à photographier, filmer ou enregistrer l'élèves dans le cadre des activités ; Imprimer, reproduire, éditer, publier et diffuser ces images et résultats sonores dans le cadre de ses publications écrites et multimédias.
La ville de Frouard s'engage à utiliser ces images dans le respect absolu de l'image de la personne et renonce à toute utilisation ou exploitation de celles-ci à des fins commerciales.

◯ 'autorise ◯ Je n'autorise pas

mon enfant à repartir seul à la fin des cours

◯ J'autorise mon enfant à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :

Nom / Prénom _____ Tél. _____

Nom / Prénom _____ Tél. _____

Nom / Prénom _____ Tél. _____

Une carte d'identité est susceptible d'être demandée par les professeurs ou le secrétariat

Fait à _____ Le _____

Signature